

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX

I

LESIONS DES NERFS DANS LES ARYTÉNOÏDITES
TUBERCULEUSES. PSEUDO-NÉVROME TUBERCU-
LEUX LARYNGÉ.

Par A. MICHEL DANSAC,

Interne des hôpitaux et de la Clinique laryngologique de l'hôpital
Lariboisière.

Un des sièges les plus curieux de la tuberculose laryngée est, sans contredit, la région aryténoïdienne.

Il est fréquent de voir la lésion bacillaire évoluer localement, pour ainsi dire, parfaitement limitée pendant un laps de temps relativement considérable en ce seul point du larynx.

L'examen laryngoscopique permet de la reconnaître facilement, *isolée*, se distinguant des lésions inflammatoires voisines non bacillaires.

Ces aryténoïdites bacillaires, locales, présentent des particularités remarquables, aussi bien dans leur évolution anatomique que dans leur évolution clinique. Leur thérapeutique même, ainsi que vient de le démontrer récemment notre distingué collègue et ami *Hélary*, dans sa remarquable thèse inaugurale (1), vient encore appuyer, par les nombreux succès qui la couronnent, cette assertion.

Nous sommes heureux de pouvoir, nous osons l'espérer, confirmer de point en point les conclusions du travail si complet et si consciencieux d'*Hélary*.

Les nouvelles notions d'anatomie pathologique que nous

(1) D^r HÉLARY, Traitement chirurgical de la tuberculose laryngée; Paris, 1893.

livrons aujourd'hui au public médical, sont la preuve irréfutable de la nécessité absolue comme du succès de l'intervention chirurgicale.

En même temps, elles appuient d'une façon inébranlable les travaux de *Doléris* (1882), *Gouguenheim* et *Balzer*, *Gouguenheim* (congrès de Copenhague), *Gouguenheim* et *Tissier*, (phtisie laryngée).

Ces auteurs ont tous démontré la fausseté de la dénomination : *œdème de la glotte des tuberculeux*.

En réalité, il y a non pas un exsudat sous-muqueux, une infiltration de liquide séreux dans les mailles du tissu cellulaire, mais, au contraire, un véritable travail hyperplasique, une prolifération de tissu conjonctif lardacé, dans l'épaisseur des tissus de la région aryténoïdienne, envahie, progressivement, par l'infiltration bacillaire.

Virchow avait déjà entrevu, en partie, ces phénomènes, ainsi que la transformation *dermopapillaire* de la muqueuse, sans *œdème concomitant*.

I.

L'anatomie pathologique des aryténoïdites, que ces travaux venaient de séparer définitivement de l'*œdème vrai* du larynx, semblait à peu près terminée. Mais, si la distinction de ces deux affections était hors de toute contestation possible, la pathogénie des accidents restait encore dans l'ombre, ou tout au moins obscure. Il fallait établir une base anatomo-pathologique expliquant la sténose glottique, la dysphagie si caractéristique de l'aryténoïdite tuberculeuse, et constante dès le début.

Déjà, en 1882, MM. *Gouguenheim* et *Balzer* attiraient l'attention sur les *lésions nerveuses*. Ils émettaient l'opinion (basée sur leurs recherches histologiques) qu'au milieu des tissus lardacés et solides qui se sont substitués à la trame conjonctive élastique normale de la muqueuse laryngienne, les *filets nerveux terminaux* présentaient des lésions manifestes de *périnévrite*.

MM. *Gouguenheim* et *Tissier*, reprenant ces études dans

leur belle monographie de la tuberculose laryngée, insistent sur la *périnévríte des récurrents*, que M. Gouguenheim avait signalée au congrès de Copenhague de 1884.

C'est à ces lésions qu'ils rapportent la *dyspnée* et la *dysphagie*.

Ces accidents relèvent donc, non pas de l'œdème, mais d'un *spasme glottique* ou d'une paralysie des dilatateurs.

M. Hélarý fait remarquer qu'en effet, la *névríte seule* peut expliquer le développement et la nature des accidents (*dysphagie, etc.*), caractéristiques de cette forme de tuberculose laryngée.

Avec plus de raison encore, il ajoute qu'il est facile de comprendre que l'extirpation des masses aryténoïdiennes infiltrées, contenant les *extrémités nerveuses atteintes de névríte*, soit le seul traitement radical de toutes les souffrances du malade, de la dysphagie, de la dyspnée surtout.

Or, *quelle est la nature de cette névríte?* Tel est le but dans lequel nous avons dirigé nos recherches. Il nous sera facile de démontrer que les descriptions données, jusqu'à présent, sont inexactes ou incomplètes. Mieux encore, nous croyons que la *lésion* dont nous donnons pour la première fois la description peut, *seule, expliquer la pathogénie de la dysphagie et de la dyspnée*. En effet, l'anatomie pathologique se trouve en parfait accord avec la *physiologie, la clinique et la thérapeutique* (1) chirurgicale que conseille si justement notre ami Hélarý.

(1) Nous ne saurions trop insister sur la nécessité absolue de baser le diagnostic *histologique* non sur un seul élément, mais sur plusieurs. De même qu'en clinique, ce n'est pas sur un *seul signe* physique ou rationnel que se base le véritable clinicien, de même en *histologie*, les bases de nos interprétations doivent être multiples.

Nous allons plus loin, et déclarons sans hésiter que ce n'est pas aux seules techniques et méthodes convergentes, histologiques, histo-chimiques qu'il faut demander le seul élément de diagnostic. La clinique, la physiologie normale des tissus observés, l'embryologie, l'anatomie comparée, doivent guider les recherches, éclairer notre interprétation.

L'état général, les antécédents héréditaires ou acquis du sujet, tout doit servir. En tout cas le *diagnostic histologique scientifique vrai* ne doit être basé sur la triade complète suivante : 1° *clinique et observation du malade*; 2° *nature histo-chimique des tissus pathologiques*; 3° *marque et suites de l'affection consécutives à l'ablation, ou comparaison de l'âge des lésions avec l'âge de la maladie suivie et observée de longue date.*

Nous ralliant à la théorie du *spasme glottique*, en présence de la cessation complète des accidents à la suite de l'ablation nous nous sommes demandé si cette hyperesthésie concomitante à l'infiltration tuberculeuse ne s'accompagnait pas de *lésions nerveuses prolifératives*.

Il nous semblait, en effet, qu'une pareille hyperesthésie et hyperexcitabilité *locale* devaient être liées à une régénération nerveuse pathologique, à une névrite *proliférative*, bien plus qu'à une névrite *dégénérative*.

Nos recherches, en ce sens, ont été couronnées de succès. La netteté et la richesse de la prolifération nerveuse sur toutes nos coupes ne peuvent laisser aucun doute à cet égard.

II.

Nature histologique et vue d'ensemble des lésions nerveuses dans les aryténoïdites tuberculeuses.

Tous les auteurs sans exception ont admis la périnévrite. *Les nerfs engainés par des granulations plus ou moins volumineuses sont comprimés ; à côté de l'épaississement du névrilemme on observe l'envahissement des gaines par des cellules embryonnaires qui prolifèrent. La myéline se fragmente, puis disparaît. Enfin le cylindraxe est complètement détruit.*

Telle est la description classique.

Si nous arrivons à des conclusions différentes, cela tient probablement à la nouvelle technique (1) que nous avons suivie. Nous publierons ultérieurement les résultats fort intéressants qu'elle nous a fournis au cours de différentes recherches.

Néanmoins nous pouvons dès maintenant attirer l'attention sur deux points fondamentaux. En premier lieu la *fixation immédiate* de la pièce encore vivante dans le liquide *picro-chromo-nitrique*. En second lieu l'usage du *chlorure d'or*

(1) V. Bulletin de la Société anatomique, octobre et novembre 1893.

dont rien ne peut égaler la beauté des préparations, la délicatesse et l'étendue de l'action histo-chimique (1).

Tel que nous l'employons *après notre fixation*, le chlorure d'or donne des résultats *sûrs* et rapides. En moins d'une heure, la réduction est *obtenue et définitive*, les colorations ultérieures faciles. Parmi ces dernières, nous mentionnerons spécialement le *vert malachite*, l'*éosine*, la *purpurine*, le carmin à l'acide borique et le picro-carmin de Hoyes, suivi ou non du passage au carmin d'indigo oxalique de Thiersch. Sur toutes nos préparations nous avons pu constater des réseaux nerveux extrêmement riches, des filets nerveux s'abondants qu'ils dominaient les autres éléments.

Ces filets nerveux sont intacts. Leur cylindraxe ne peut être suivi sans interruption jusqu'aux terminaisons dans l'épithélium, terminaisons que nous décrirons ailleurs.

Les fibres à myéline apparaissent comme de jeunes fibres en voie de développement ; il est exceptionnel de voir quelques fibres présenter un commencement de fragmentation. En un mot, il n'existe nulle part à un degré quelconque de son évolution une névrite segmentaire.

Le siège de ces réseaux nerveux, surtout, en constitue l'intérêt comme le résultat capital de nos recherches.

La prolifération nerveuse, en effet, est accentuée au niveau des glandes si nombreuses de la région. On peut y voir un admirable et très élégant réseau nerveux d'où partent les terminaisons nerveuses intra-acineuses.

Mais c'est *autour des granulations tuberculeuses* principalement, et dans leur intérieur même, *c'est dans les points les plus infiltrés de cellules embryonnaires*, que ces réseaux pathologiques sont le plus volumineux et le plus abondants.

Les granulations prennent alors l'aspect de véritables tubercules nerveux constitués par des filets concentriques *s'enchevêtrant*, parfaitement nets, sans aucune lésion apparente, ni de la myéline ni du cylindraxe. En certains points on peut suivre le faisceau nerveux qui aboutit à la granulation, qui l'entoure et la pénètre. A côté des fibres à

(1) On devra toujours contrôler par des méthodes convergentes : Golgi, Ramon y Cajal, etc.

myéline se trouvent de nombreuses fibres de Remak parfaitement nettes, intactes, *plus volumineuses qu'à l'état normal pourtant.*

La quantité prodigieuse des nerfs, l'aspect de ces derniers dans les granulations, où ils forment un assemblage, un treillis inextricable concentrique, simulant un *nid d'oiseau*, parfaitement construit, prime tous les autres détails de la coupe que nous étudierons plus loin.

Pourquoi donc une lésion aussi caractéristique a-t-elle passé inaperçue ? C'est probablement, croyons-nous, par suite de procédés défectueux de fixation et de colorations ultérieures que ces auteurs ont méconnu ces faits qui leur ont échappé totalement.

Dans un travail fort intéressant, un de nos anatomo-pathologistes éminents, M. Gombault, a démontré que, dans certaines circonstances déterminées, *comme la fixation préalable par l'acide osmique*, on ne pouvait colorer les cylindraxes. Le même auteur insiste sur les *oublis trop fréquents* de ces derniers dans les examens, où la myéline seule attire l'attention des observateurs.

Non seulement, la fixation, mais encore *la nature* du tissu à examiner, et, surtout, de ses *lésions pathologiques*, peuvent empêcher la coloration ultérieure du cylindraxe, voire même des fibres à myéline.

Nous en avons fait l'expérience personnelle au cours de nos recherches.

La méthode de Weigert ne donne que très peu de nerfs à myéline au milieu de la sclérose si abondante et épaisse mise en relief par le picro-carmin.

En examinant attentivement la coupe, on pouvait, cependant, deviner, et en certains points reconnaître des éléments nerveux au milieu du tissu conjonctif. Nous avons recherché alors une technique plus parfaite, après avoir auparavant mis à l'épreuve toutes celles connues jusqu'à présent.

C'est donc à l'insuffisance des techniques employées qu'il faut attribuer les descriptions de périnévríte avec atrophie secondaire qu'on a donné jusqu'à présent. La sclérose nourrie

et épaisse qui domine au premier abord ne pouvait guère faire songer à une autre interprétation.

Loin d'être une périnévríte avec atrophie consécutive des éléments nerveux, cette sclérose est essentiellement liée à l'*hyperplasie nerveuse primitive*.

Commandée par la prolifération des tubes, elle est d'autant plus abondante que ces derniers sont plus nombreux et en voie de prolifération.

Loin d'étouffer et de comprimer les nerfs, elle est exactement *en rapport avec le volume et l'hypertrophie de ces filets*.

La sclérose vasculaire n'existe pour ainsi dire pas. D'une part, en effet, les vaisseaux sont peu abondants, de l'autre la sclérose périvasculaire disparaît à côté de la luxuriante sclérose périaxile.

III.

Examen méthodique des coupes. — Description du pseudo-névrome tuberculeux.

Pour faire l'examen histologique des coupes d'aryténoïdites plongées dès leur ablation chirurgicale dans le liquide fixateur, il faut orienter la pièce, durcie après inclusion dans la celloïdine, de telle sorte que le rasoir l'aborde transversalement, perpendiculairement à son axe vertical.

C'est vers le sommet de la région aryténoïdienne que les lésions nerveuses sont les plus nettes.

L'épanouissement des filets nerveux terminaux se fait transversalement ou obliquement presque horizontalement. Il est donc nécessaire, pour suivre le trajet des filets nerveux, de couper parallèlement à la surface des cordes vocales d'avant en arrière.

Ces coupes transversales et horizontales peuvent être complétées par des coupes obliques de bas en haut et d'avant en arrière depuis le point de section (base) jusqu'au sommet de l'aryténoïde infiltré.

Dans les cas heureux on peut alors suivre la sclérose péri-nerveuse d'autant plus abondante qu'on avance vers le sommet de la pièce. On obtient ainsi des coupes longitudinales des vaisseaux dont la sclérose faible et peu nourrie contraste singulièrement avec la sclérose nerveuse péri-cylindraxiale, terme en réalité plus exact que la sclérose périnerveuse qui rappelle la périnévrite.

La périphérie est constituée par l'épithélium de la muqueuse, épithélium pavimenteux stratifié, rappelant les cellules de la couche de Malpighi. La transformation dermo-papillaire sur laquelle insistait Virchow est des plus nettes. Le chorion a disparu pour ainsi dire ; déjà entre les cellules épithéliales on peut voir l'infiltration embryonnaire. Audessous, ces dernières augmentent par places, ou s'organisent en tissu lardacé, formant des amas concentriques autour de cellules épithéliales et de quelques belles cellules géantes. Ces nodules miliaires fibreux, très abondants sur certaines coupes, le sont moins sur d'autres.

Les granulations fibreuses siègent le plus souvent à la périphérie au niveau des glandes nombreuses sous-muqueuses et remarquablement développées. Ces dernières paraissent être la voie d'infection prépondérante et comme le point de départ de l'infiltration ou de la granulation tuberculeuse.

Les lobules glandulaires sont disséminés au milieu de la nappe conjonctive de l'infiltration lardacée, qu'ont décrite MM. Gouguenheim et Balzer.

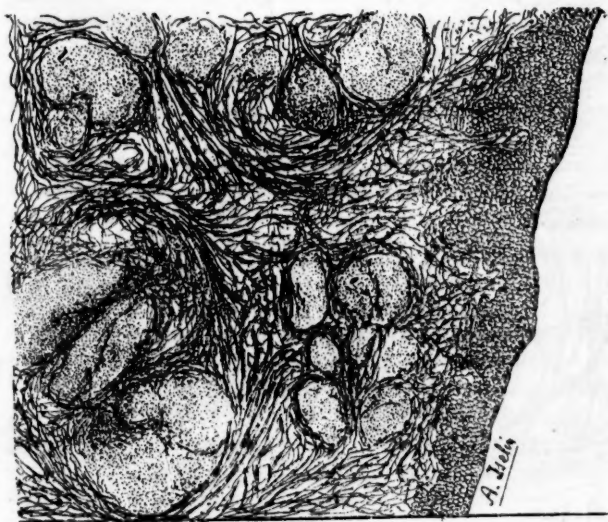
La sclérose périlobulaire est très accentuée, concentrique au lobule. Elle pénètre dans son intérieur, dissociant et écartant les acinés qu'elle entoure et pénètre.

Les vaisseaux sont rares. Les gros capillaires à parois épaisses ne sont pas entourés d'un manchon régulier de tissu scléreux. Souvent même ils ne montrent aucune trace de sclérose périvasculaire. Seuls, les petits capillaires périglandulaires et intra-acineux présentent cette lésion. Il semble que le réseau vasculaire reste étranger au processus scléreux inflammatoire.

Les coupes préparées pour la démonstration des nerfs nous donnent l'explication de cette répartition bizarre.

Après l'action du chlorure d'or, *selon notre méthode*, la coupe paraît n'être qu'un amas ou mieux un feutrage, un véritable treillis de filets nerveux qu'il nous faut décrire (1).

Nous examinerons successivement le *trajet des faisceaux nerveux*, les *plexus glandulaires*, les *plexus sous-épithéliaux* enfin l'*hyperplasie nerveuse des granulations tuberculeuses*.

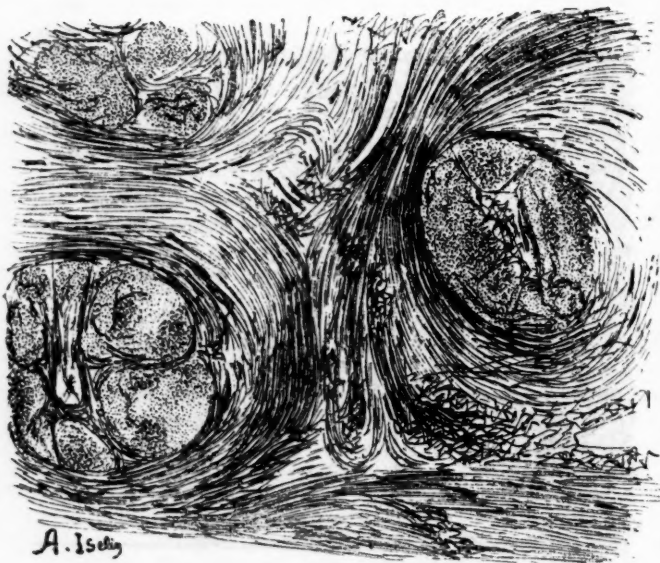


Aryténoïdite tuberculeuse. — Périphérie (Grossissement 80 diamètres).

A. — *Faisceaux nerveux*. Les faisceaux de fibres à myéline accompagnées de fibres de Remak, pénètrent dans la partie centrale de la masse, soit en suivant les vaisseaux, soit isolément.

Ils se bifurquent ou se trifurquent, s'étalent, cheminent entre les lobules glandulaires qu'ils entourent et pénètrent, et arrivent ainsi jusqu'à la muqueuse où ils forment, sans anastomose réelle, de riches plexus sous-épithéliaux.

Entre ces plexus extraordinairement riches et les cellules épithéliales périphériques, se trouve une nappe de fibres nerveuses parallèle à la surface épithéliale. Elle paraît constituée en partie par des plexus d'où partent perpendiculairement les terminaisons nerveuses qui pénètrent les papilles de la muqueuse dermo-papillaire.



Les terminaisons peuvent pénétrer directement dans la couche épithéliale. On retrouve tous les modes de terminaisons nerveuses connus jusqu'à présent (corpuscules de Krause, de Pacini, terminaisons libres en boutons et de nombreuses terminaisons en anses).

(1) Les coupes ont été présentées à la Société anatomique. La méthode sera publiée dans le bulletin de la Société. Nous y donnons les preuves morphologiques et histochimiques de la réaction de notre méthode.

La coupe paraît ainsi constituée presque exclusivement par ces filets nerveux qui présentent une particularité propre aux fibres constitutives des névromes, c'est-à-dire le nombre prodigieux de filets nerveux bifurqués ou trifurqués simulant une véritable arborescence nerveuse. Les nerfs sont abondants dans les espaces intervasculaires. Le plexus nerveux périvasculaire et les nerfs qui accompagnent les capillaires ne présentent pas au même degré cet état de prolifération. Mais si un vaisseau pénètre les lobules glandulaires, les filets nerveux du faisceau satellite sont hypertrophiés.

Au niveau des granulations bacillaires, voisines des vaisseaux, la prolifération simule un véritable névrome, où *sclérose et hyperplasie nerveuses sont rigoureusement associées*.

B. — *Plexus glandulaires*. Dans les lobules glandulaires infectés présentant un degré plus ou moins prononcé d'infiltration embryonnaire, les nerfs forment de merveilleux plexus périacineux. Des filets partent du plexus périphérique et se terminent soit entre les cellules épithéliales, soit dans l'intérieur de ces cellules mêmes.

Nous ne voulons pas décrire ici le mode de terminaison rappelant jusqu'à un certain point les bouquets acineux de Pflüger.

Laissant de côté ce point d'anatomie pure, nous devons pourtant ajouter dans le présent travail que certains filets nerveux accompagnent les canaux excréteurs et pénètrent ainsi dans la glande pour contribuer à former les plexus périlobulaires. Ces nerfs *naissent des plexus sous-épithéliaux*, qui se réfléchissent au niveau de l'orifice du canal excréteur à la surface libre de la muqueuse.

Cette disposition est d'autant plus nette que la glande subit l'infiltration bacillaire, et, lors même que les éléments nobles disparaissent, la charpente scléro-nerveuse persiste, hypertrophiée, réalisant la disposition normale encore mal décrite.

C. — Les *plexus sous-épithéliaux* sont constitués par la réunion en treillis inextricables des filets nerveux qui y arrivent de la profondeur. Il y a accollement des nerfs sans anastomose vraie pour les nerfs à myéline. On trouve de

plus des plexus à anastomose complète et fusion bout à bout, constitués par des fibres de Remak qui participent à l'hyperplasie. Dans les granulations périvasculaires, ces derniers surtout contribuent à former le pseudo-névrome.

Au-dessus et directement en rapport avec les cellules épithéliales périphériques, se trouve un plexus parallèle à la surface de la muqueuse constitué presque exclusivement par des fibres à myéline d'où partent les terminaisons nerveuses épithéliales.

Toutes les fibres constitutives sont munies d'un cylindraxe intact et les gaines de myéline le sont également.

Les noyaux des segments interannulaires sont d'autant plus nombreux que les tissus présentent un degré plus avancé d'infiltration tuberculeuse. Les cylindraxes sont alors plus nombreux qu'à l'état normal, mais jamais détruits.

Le point le plus remarquable est la *sclérose proportionnelle au degré d'hypertrophie nerveuse*. Rigoureusement subordonnée à cette dernière, cette sclérose concomitante *secondaire* à l'hyperplasie nerveuse donne absolument l'aspect d'un névrome vrai.

L'origine *infectieuse et inflammatoire* nous a fait refuser à cette *hyperplasie* le droit d'être rangée à côté du névrome proprement dit. De même que certaines hyperplasies inflammatoires, comme la majorité des papillomes, des polypes tuberculeux, doivent être absolument distinguées des processus néoplasiques, de même, cette *hyperplasie nerveuse* intimement subordonnée à l'inflammation tuberculeuse, ne doit pas être classée dans le groupe des tumeurs proprement dites, histologiquement parlant. Aussi croyons-nous devoir l'appeler *pseudo-névrome bacillaire ou tuberculeux*, dénomination qui nous paraît répondre entièrement à la description et au développement de cette lésion si caractéristique, si différente des névrites périphériques segmentaires, atrophiques, interstitielles ou parenchymateuses et périnévritiques dont ont a peut-être exagéré la fréquence.

La dénomination de pseudo-névrome s'impose d'elle-même à l'esprit de l'observateur en présence de cette prolifération nerveuse d'origine essentiellement inflammatoire.

D. — *Granulations tuberculeuses.* Dans ces dernières, les cylindraxes hyperplasiés forment de véritables anneaux nerveux concentriques, dont les fibres enroulées et enchevêtrées enserrrent les cellules géantes, ou une *masse amorphe* parsemée de petites cellules embryonnaires en dégénérescence hyaline.

Les fibres les plus externes semblent se dérouler, après un ou deux tours, et vont se continuer dans les tissus voisins avec les plexus sous-épithéliaux et dans les terminaisons nerveuses périphériques.

On peut alors suivre la fibrille nerveuse tout entière jusqu'à sa terminaison, en constater la structure parfaitement normale, malgré l'hypertrophie cylindraxiale *proportionnelle* à la sclérose.

Le pseudo-névrome bacillaire, au niveau des granulations, peut être comparé à des nids d'oiseaux constitués par de fines branches de buisson repliées et contournées sur elles-mêmes.

La sclérose comblerait les espaces vides et rien ne la met mieux en relief que le carmin à l'acide borique dont nous avons déjà éprouvé plus d'une fois l'excellent effet dans l'étude des scléroses inflammatoires. (Il ne colore pourtant pas les noyaux.)

Cette sclérose périnerveuse, réglée par l'hypertrophie cylindraxiale, se présente sous forme de petites cellules conjonctives fusiformes, imbriquées comme les tuiles d'un toit, recouvrant la gaine de myéline. Ce serait une véritable gaine de Henle, si elle existait chez l'homme. Néanmoins nous pencherons volontiers vers l'opinion qui la considère comme une *transformation conjonctive de la gaine endothéliale* de la fibre nerveuse si bien étudiée par Ranvier, secondaire au processus inflammatoire de l'infiltration embryonnaire tuberculeuse.

Nous ne voulons pas ici discuter cette question, si intéressante soit-elle; mais dans les travaux ultérieurs nous démontrerons que l'hyperplasie nerveuse avec ou sans sclérose est la règle dans les processus anatomo-pathologiques quels qu'ils soient, des tissus, dont la réaction et la vitalité restaient

passagèrement on définitivement à l'état *embryonnaire*.

CONCLUSIONS.

1° L'infiltration *embryonnaire tuberculeuse* aryténoïdienne, séparée par Doléris, puis par Gouguenheim et Balzer, de l'œdème vrai de la glotte, s'accompagne toujours dans les cas de dysphagie et de dyspnée avec sténose glottique, de lésions nerveuses hyperplasiques, avec *néoformation des nerfs hypertrophiés* et *sclérose périnerveuse commandée et dirigée par les cylindraxes hypertrophiés*.

2° Ce ne sont donc pas des lésions de névrites parenchymateuses avec névrites atrophiques et interstitielles ou périnévrites, mais bien des lésions *hyperplasiques prolifératives* qui, par leur caractère anatomique, leur développement, se rapprochent des *névromes*.

3° L'étiologie inflammatoire et bacillaire de la lésion, la subordination totale du développement des éléments nerveux au degré de l'infiltration tuberculeuse doivent la faire distinguer des *névromes vrais*. L'aryténoïdite tuberculeuse chirurgicale avec dysphagie et dyspnée doit donc être considérée comme un *pseudo-névrome bacillaire et tuberculeux*.

4° Cette hyperplasie de toutes les parties des nerfs et surtout du cylindraxe (partie essentiellement physiologique) rend compte des bienfaits du traitement chirurgical, l'ablation supprimant les causes de l'hyperplasie. Le moignon ne présente plus qu'une sclérose cicatricielle adulte franche sans *néoformations nerveuses* (1). L'anatomie pathologique, la clinique et la thérapeutique concordent donc en tous points (2).

5° Enfin n'est-ce pas à cette hyperplasie des nerfs sensitifs, et de leurs terminaisons, qu'il convient de rapporter les acci-

(1) Nous avons examiné un moignon d'aryténoïdite chez un opéré décédé de tuberculose pulmonaire, et chez lequel tous les accidents laryngés avaient disparu après l'intervention chirurgicale.

(2) Nous ajouterons que Virchow, s'il n'a pas décrit cette lésion avant nous, a pourtant insisté à différentes reprises, dans sa pathologie des tumeurs (tome 3), sur la *prolifération* et sur l'*hypertrophie* des nerfs, et surtout du cylindraxe, enfin sur l'*hyperplasie amyelinique* des nerfs de la vie organique chez les *tuberculeux*, les *syphilitiques*, les *cancéreux*, et les sujets atteints de dyscrasies héréditaires.

dents dont on accusait à tort l'œdème de la glotte. La théorie de M. Gouguenheim, qui met la sténose et la dyspnée sur un spasme glottique ne trouve-t-elle pas ici un solide appui. La moindre source d'irritation portant sur ces terminaisons nerveuses, et ces plexus si riches, si développés, ne doit-elle pas déterminer des réflexes proportionnels au degré du développement anormal de ces nerfs (1) ?

II

DE LA BAVE CHEZ L'ENFANT ET L'ADULTE

Par le Dr **COUETOUX** (de Nantes).

Le symptôme sur lequel je désire appeler l'attention dans ce travail me semble bien mériter le nom de bave. Pour employer une expression d'allure plus scientifique, il faudrait recourir au terme sialorrhée, peu usité, mais qui rend bien le fait dominant, l'écoulement salivaire. Ptyalisme paraît s'appliquer beaucoup mieux à l'expulsion de la salive sous forme de crachats répétés. Salivation n'indique pas tant la sécrétion normale que l'hypersécrétion (Dict. de Dechambre), mais ne précise rien sur l'issue du liquide.

Il ne s'agit ici que de la bave chronique, de l'écoulement du liquide salivaire en dehors de l'orifice buccal, soit qu'il se produise pendant la nuit, soit qu'il se produise pendant le jour ou même en parlant, mais alors que cet écoulement est dû à un trouble mécanique de la déglutition sur lequel j'appellerai bientôt l'attention.

Je ne trouve sur cette question que bien peu de chose dans le dictionnaire de Bouchut et Desprès à l'article ptyalisme, sialorrhée ou salivation : « Il y a un ptyalisme essentiel

(1) Nous rappelons que l'indolence de ces tissus, à la douleur provoquée, ne saurait être invoquée comme objection à la prolifération nerveuse. Les névromes sont essentiellement bénins, locaux, et la plupart du temps indolents, comme Virchow l'a si bien démontré dans sa pathologie des tumeurs (tome 3, 24^e leçon).

nerveux et un ptyalisme symptomatique. Le ptyalisme essentiel est produit par la grossesse, l'état nerveux aigu ou chronique, la névralgie de la cinquième paire et la rage. Le ptyalisme est ordinairement le symptôme des maladies de la bouche et particulièrement des différentes sortes de stomatite, surtout de la stomatite mercurielle. »

Dans tous ces cas, on voit qu'il s'agit ou bien de troubles nerveux, ou bien d'inflammation de quelque organe ou au moins d'hypersécrétion des glandes salivaires.

Bien que les auteurs se soient peu occupés de la bave, j'estime que ce symptôme présente un grand intérêt pour le rhinologiste. Mon attention a été appelée sur son étude depuis deux années par la recherche de l'étiologie nasale des affections kérato-conjonctivales. Ce symptôme à lui seul, alors que le malade se défendait de toute lésion rhino-pharyngienne, a suffi pour guider mes recherches, et j'estime que la bave indique une lésion nasale, quand elle ne tient à aucune des causes précitées (stomatite, etc.).

La bave se différencie bien nettement du ptyalisme si l'on prend garde au sens que donnent à ce dernier Bouchut et Desprès. C'est ainsi que parmi les causes du ptyalisme ils rangent la pilocarpine qui provoque sans doute la salivation, le crachat, mais doit s'accompagner de quelque difficulté de déglutition, de fatigue au moins, pour provoquer chez l'adulte la sialorrhée, la bave. La bave est donc, si l'on veut, au ptyalisme ce qu'est l'incontinence urinaire à la miction fréquente.

D'ailleurs le symptôme sera mieux précisé encore en en donnant de suite la physiologie, telle qu'elle ressort de très nombreuses remarques faites depuis deux années où toutes nos observations ont été consignées avec soin et relevées dans une statistique dont on verra plus loin les principales données.

La bave se rencontre dans la moitié des cas de végétations adénoïdes. Elle n'est pas constante : mais elle apparaît avec les phénomènes soit passagers, soit durables d'obstruction nasale. Au premier abord, et en raison même de la façon dont les auteurs ont parlé du ptyalisme confondu jusqu'ici,

bien à tort, avec la bave, on est tenté d'expliquer ce symptôme par un état inflammatoire de la région, une douleur plus ou moins inconsciente des muscles qui président à la déglutition, une perturbation de la contractilité musculaire due à l'inflammation de la muqueuse qui recouvre le plan contractile. Cette explication ne peut aucunement satisfaire l'observateur persévérant, et c'est au cas précisément où elle ne peut le satisfaire qu'est consacré ce travail. Quelle est donc la raison qui fait que la salive, au lieu d'être déglutie par un pharynx non enflammé, dont la muqueuse ne présente aucune altération plus constatable que les jours précédents, s'écoule sur les commissures des lèvres. Cette cause unique et bien fréquente est l'occlusion nasale. Il se produit là un fait bien simple, analogue à ce que nous constatons lorsque le malade porte un dentier. La plaque palatine du dentier entre en contact intime avec la muqueuse du palais, et le malade qui craignait voir tomber l'appareil prothétique est fort étonné de ne pouvoir le détacher d'un coup de langue : il lui faut porter la main sur le bord de la plaque. De même, lorsque les narines sont obstruées, le voile du palais vient s'appliquer sur la paroi postérieure du pharynx : le malade respire par la bouche, et lorsque l'accumulation salivaire provoque le réflexe de la déglutition, le voile se détache par un effort devenu anormal par suite du vide produit dans les fosses nasales. Peu à peu cet effort fatigue inconsciemment le malade, qui laisse de temps en temps la salive s'écouler sur les commissures de la bouche. Pour l'enfant, l'obstruction nasale provoque souvent la salivation même diurne. Quant à l'idiot, on sait combien la bave est fréquente chez lui : on sait aussi, depuis Baume, combien est fréquente ici la présence des végétations adénoïdes et par suite l'obstruction nasale. C'est que entre le voile du palais appliqué à la paroi pharyngienne postérieure et le point où les narines sont obstruées, il se produit bientôt un vide comparable à celui de la cavité tympanique dans l'obstruction de la trompe. On ne saurait en douter quand on voit la cavité buccale, tenue fermée un instant, présenter aux expériences de Donders une baisse barométrique facilement constatable. Du reste, l'industrie des

dentistes a tiré partie, comme je le disais tout à l'heure, de l'adhérence par le vide, et telle est l'origine de cette petite chambre à air que l'on trouve sur les plaques palatines destinées à la prothèse du voile.

Nous allons étudier la statistique que nous avons établie et ses conséquences en ce qui concerne la bave chez l'enfant. Nous considérerons ensuite les caractères de ce symptôme, puis les dangers qu'il présente et l'utilité qu'on doit en tirer pour l'étude de son malade, pour la direction du traitement. Enfin, nous jetterons un coup d'œil sur un symptôme qui n'a pas encore été étudié, que nous sachions du moins, la difficulté de la déglutition comme conséquence de l'obstruction nasale.

Sur 220 cas de végétations adénoïdes du rhino-pharynx, nous trouvons 75 cas où la bave est signalée, 71 cas où le malade a répondu négativement à nos questions. Dans les autres cas nous trouvons notées 33 fois la céphalalgie; 5 fois la myopie, ce qui prouve que les végétations se rencontrent aussi bien chez le myope que chez l'hypermétrope, la réfraction hypermétropique étant la réfraction ordinaire, normale; 1 fois l'extrême tendance au sommeil, symptôme que nous avons omis de noter la plupart du temps, mais qui est assez fréquent; 18 fois la difficulté de la déglutition.

Point curieux, nous ne connaissons pas un seul cas où les parents ou bien les malades se soient plaints spontanément de la bave. En revanche, nous ne comptons pas les cas où ils ont insisté sur les inconvénients de ce symptôme sur lequel ils n'avaient pas questionné le médecin, parce que, disaient-ils, ils ne savaient pas qu'il n'y eût rien à y faire. Ceci prouve combien la bave a été négligée jusqu'à ce jour.

Nous ne pouvons évidemment nous enquérir que par nos questions aux malades, aux parents; il n'est tenu compte que des cas chroniques ou intermittents. Ceux dans lesquels une affection aiguë, une angine, par exemple, est signalée, sont laissés de côté. Les cas même très intermittents sont inscrits; ceux où les parents nous répondent: « quelquefois » pourvu qu'ils soient nettement affirmatifs. La bave en effet est un symptôme pathologique et nullement normal. Nous trouvons

le symptôme signalé dans les proportions suivantes :

AVANT 5 ANS	AVANT 10 ANS	APRÈS 10 ANS
15 fois.	21 fois.	39 fois.

Le malade ou les parents ont répondu négativement :

AVANT 5 ANS	AVANT 10 ANS	APRÈS 10 ANS
20 fois.	21 fois.	27 fois.

C'est-à-dire que la bave, chez l'adulte atteint de végétations adénoïdes, est aussi fréquente que chez l'enfant — et même le hasard des chiffres la montre ici plus souvent accusée par l'adulte. C'est que sans doute le malade s'observe mieux après l'âge de raison.

Ce n'est certes pas à ces proportions que l'on devrait s'attendre *a priori*, si la bave était autant qu'on le dit, un symptôme banal et insignifiant chez l'enfant. On trouvera l'intérêt de ces chiffres accru par les récentes discussions entre Magitot et Peter, l'un innocentant l'éruption dentaire de toute perturbation pathologique, le second l'accusant de troubles multiples.

Nous demandons simplement aux parents : l'enfant bave-t-il ? Nous insistons sur la constatation du fait : a-t-il l'oreiller mouillé ? a-t-il la bouche, particulièrement les coins de la bouche humides ? Et nous entendons assez régulièrement la réflexion suivante, comme un écho fidèle de la réponse affirmative : Monsieur, ce sont les dents. La statistique répond : non. Mais ici nous devons concilier nos observations avec l'opinion répandue et les assertions des auteurs. C'est à West que nous nous en rapporterons. Le plus souvent, dit-il, l'éruption des dents s'accompagne de quelques symptômes « membrane muqueuse très chaude d'un rouge intense ; la salive coule ténue et extrêmement abondante, etc. ». Bien que nous ne l'ayons pas cru possible, il semble bien que par la façon dont nous avons avec grand soin interrogé les parents, nous ayons éliminé de nos observations bien des cas de bave dentaire. Nous demandions : l'enfant bave-t-il quelquefois ? Et si l'on n'accusait qu'une bave survenue un jour,

nous n'inscrivions que pour le cas où la bave se montrait d'autres fois. Nous ne nous souvenons pas avoir eu de difficulté, inscrivant plutôt facilement qu'avec un doute trop systématique : aussi trouvons-nous bien surprenants et, nous l'espérons, dignes d'intérêt, nos résultats numériques, et bien peu favorables aux médecins portés à accuser l'éruption dentaire. Si la bave dentaire se montre parfois, il faut avouer qu'elle doit être rare, ou bien très caractéristique et aiguë, pour qu'elle ne surcharge pas nos statistiques. Au reste, ce qui prouve qu'elle n'intervient pas pour fausser nos chiffres, c'est que la bave a toujours cédé au traitement nasal, à moins de quelque complication rendant compte de sa persistance. D'ailleurs la bave ténue, abondante, limpide, avec les gencives douloureuses, la fièvre, l'éruption dentaire simultanée, n'est-ce pas là assez de caractères pour distinguer cette salivation *problématique*, que nous n'avons jamais vue isolée de lésions rhino-pharyngienne, de la bave par cause mécanique, par obstruction nasale qui fait l'objet de cette étude. Encore ici l'observation répond non ; car nous avons vu tous ces caractères se présenter, l'éruption dentaire comprise, dans les cas de bave par obstruction nasale et l'intervention chirurgicale y a mis rapidement un terme.

La question est d'autant plus intéressante que jusqu'ici l'on rencontre bien plus d'assertions aussi magistrales que contradictoires, que de données positives propres à l'élaborer.

Avant 5 ans nous trouvons la bave signalée à un mois pour le cas le plus jeune, presque tous les autres se présentent de 2 à 4 ans. Avant 10 ans nous trouvons 6, 7 et 8 ans. Après 10 ans nous ne trouvons aucune trace de l'influence de la dent de sagesse. 3 cas se présentent de 21 à 23 ans, les autres de 12 ans à 37 ans. Nous ne voulons pas pour cela nier les accidents de la dent de sagesse ; loin de là. On sait qu'un médecin auriste doit toujours penser à la dent de sagesse, surtout quand elle se carie, comme cause adjuvante des abcès de l'apophyse mastoïde chez les jeunes gens. Mais il nous semble que nos chiffres portent à penser que les accidents dentaires, quand ils existent, au moins en ce qui

concerne la dent de sagesse, sont bien nets et bien francs, et que la bave vulgaire, si j'ose ainsi dire, ne doit pas être, comme on le fait trop souvent, rattachée à l'évolution dentaire. Les femmes sont un peu plus souvent signalées que les hommes ; mais la même chose se présente pour les cas sans bave, de sorte qu'il s'agit simplement de fréquentation plus grande des dispensaires et cabinets de médecins par les femmes.

J'avais pensé trouver pour expliquer ce phénomène une saillie médiane des végétations adénoïdes gênant les mouvements du voile : l'observation n'a pas confirmé cette façon de voir. Pour nous, il s'agit dans ce cas de la congestion des cornets due à la présence de végétations adénoïdes quelconques, congestion amenant l'obstruction nasale. D'où production de vide au-dessus du voile et maintien de l'organe dans la position relevée, d'où il se détache difficilement pour intervenir dans la déglutition.

Bien souvent la bave est une cause de malpropreté très désagréable pour les parents ; chez des enfants de 9 à 12 ans, les parents se plaignent qu'elle mouille l'oreiller, les cravates, la chemise de l'enfant, d'où bronchites continues dues à l'humidité des vêtements. On la trouve jointe à des éternuements fréquents qui en précisent la cause ; et pendant que tout est mouillé autour de l'enfant une sensation de sécheresse est péniblement ressentie vers la gorge où l'on constate de grosses granulations. Presque toujours le sommeil est bruyant et troublé de cauchemars. La description de West ne s'applique-t-elle pas à ces cas ? Des adolescents laissent la salive humecter les commissures, même pendant le jour. J'ai observé moi-même ce symptôme avec persistance sur une jeune fille de 17 ans dont le rhino-pharynx est comblé de végétations adénoïdes. La sueur nocturne est si fréquente dans ces cas qu'il faut prendre garde que les parents ne confondent pas l'humectation des draps par la sueur avec celle que peut provoquer la salive. Parfois une complication oculaire, due généralement à des lésions rhino-pharyngiennes, à des croûtes impétigineuses, exaspère le symptôme et l'enfant bave davantage ou commence à le faire

le jour où il est atteint d'affection oculaire. Le symptôme peut être latent, pour ainsi dire, et les parents ou le malade qui ont nié la bave reconnaissent avec étonnement que le malade, chez lequel une affection nasale l'a fait soupçonner, est bien atteint de salivation involontaire, ce qu'ils avaient nié d'abord sans hésiter. Il est évident que les enfants et les idiots se laissent davantage aller à baver le jour. D'autres fois c'est en parlant que l'enfant bave ; chez l'adulte, dans ce cas encore, le symptôme est moins manifeste. Mais des enfants de 15 ans se plaignent d'eux-mêmes de ne pouvoir bien retenir leur salive pendant l'émission des sons. La chose se conçoit : sitôt que la déglutition est imparfaite un peu de salive reste dans la cavité buccale, et provoque une sécrétion excessive. Dans un cas, chez l'enfant de 1 mois dont nous avons parlé, il s'agissait sans doute de débilité extrême compliquant une obstruction nasale ; l'enfant était dans le marasme et succomba bientôt. Généralement à cet âge si tendre, la salive paraît trop peu abondante pour provoquer la bave.

Le symptôme de la bave prend une grande importance en ce qu'il est précis, palpable, sans nécessiter un examen objectif aucunement pénible ; les parents n'en comprennent pas l'importance et répondent à la question. Si l'on doute qu'il indique l'obstruction nasale, il suffit d'interroger un ozéneux avant qu'on pratique des nettoyages complets et après ces lavages. S'il bavait avant, et qu'il cesse de le faire, on pourra constater que les narines sont devenues libres depuis qu'il a cessé de le faire. Toutefois la bave est loin de se présenter dans tous les cas d'obstruction nasale. Elle n'est même pas constante dans les cas d'adhérence du voile à la paroi pharyngienne.

Il s'agit d'un symptôme important, surtout en ce qu'il est suggestif plutôt que constamment lié aux lésions qu'il indique.

Après une opération sur le nez, lorsque le malade continue de baver, on doit penser que le nez n'a pas été suffisamment dégagé ou qu'une inflammation des muqueuses a ramené l'obstruction : il faudra donc faire faire des gargaris-

mes antiseptiques, des lavages, pratiquer des touchers du rhino-pharynx. Dans une affection oculaire, la bave appellera l'attention vers une origine rhino-pharyngienne. Enfin dans quelques cas, le symptôme prendra une importance plus grande encore ; qui n'a été témoin de ces affections de l'oreille moyenne, simulant à s'y méprendre la méningite au début. L'examen objectif est fort incommode, si tant est qu'il soit possible. Le commémoratif de la bave existant avant l'affection ou bien se montrant encore fera penser à des troubles du rhino-pharynx, cause possible d'affection auriculaire.

Tels sont les points principaux sur lesquels il fallait appeler l'attention à propos de la bave.

Au début de nos études sur la bave, étonné de rencontrer si fréquemment ce symptôme, nous avons pensé qu'il était dû aux végétations adénoïdes, comme les coïncidences mal interprétées semblaient l'indiquer. Nous avons pensé qu'il devait coïncider parfois avec quelque difficulté de la déglutition, n'étant lui-même qu'une déglutition défectueuse. Nos conclusions se sont vérifiées ; et nous avons à étudier un nouveau symptôme sur lequel l'attention mérite d'être appelée ; nous disons nouveau symptôme, parce que, en ce qui concerne la bave, nous avons vu avec plaisir qu'elle était actuellement admise parmi les symptômes classiques des végétations adénoïdes. Il serait plus suggestif et plus vrai de la regarder comme un symptôme fréquent (dans la moitié des cas environ) de l'obstruction nasale.

Nous trouvons pour la difficulté de la déglutition la même répartition que pour la bave.

AVANT 5 ANS

AVANT 10 ANS

APRÈS 10 ANS

5 fois.

7 fois.

7 fois.

Inutile de répéter qu'il ne s'agit pas ici des cas d'ulcération de la gorge, d'angine, de laryngite tuberculeuse. Tous ces cas sont éliminés dans la mesure du possible. Comme précédemment, nous voyons toujours le malade accuser la guérison après l'opération des végétations adénoïdes, lors-

que aucune autre cause d'obstruction nasale ne persiste. Quelquefois la gêne est telle que le malade accuse de la douleur. Ces cas ne sont pas les cas types sur lesquels nous voulons insister. Toutefois c'est à dessein que nous en citerons un ou deux.

Suivant notre statistique, le trouble se présente plus souvent signalé chez l'enfant. Car la proportion de 5 à 7 est évidemment plus grande que celle du nombre des enfants au-dessous de 5 ans venant consulter par rapport aux malades plus âgés que 10 ans. Peut-être faut-il accuser le nombre insuffisant de chiffres, l'étroitesse des organes? nous ne le savons pas.

Reportons-nous aux faits :

Avant 5 ans.— B. M., petite fille de 3 ans, de Nantes. Parle très peu, avec difficulté. Entend et comprend bien. Ronfle comme un homme, dit la mère. Bave beaucoup la nuit. Est trempée de salive le jour. Ne s'enrhume pas plus qu'une autre. Mange de grosses bouchées de pain. Avale difficilement les petits morceaux. Boit par petites gorgées, très peu à la fois. Palais creux. Grosses amygdales. On verra par les autres observations que les amygdales ne sont pas seules en cause dans ces cas. Le fait que l'enfant avale plus facilement les grosses bouchées que les petites devrait déjà le faire supposer. Végétations et amygdales opérées. Ensuite tous ces symptômes disparaissent et l'enfant devient plus gaie.

L. G., petite fille de Nantes, 3 ans 1/2. Ronfle la nuit. Bave. Avale difficilement quand elle boit. Est toujours en ce moment prise d'envie de vomir. Végétations adénoïdes et amygdales : opérée des unes et des autres, elle cesse de ronfler, de baver, et boit plus facilement.

L. A., fillette de 3 ans. Taie centrale à l'œil gauche. Végétations adénoïdes. Amygdales moyennes. Avale quelquefois avec difficulté.

B. M., petit garçon de 14 mois, de Nantes. 2 dents en haut, 2 dents en bas. Depuis l'âge de 1 an, et même avant, est gêné pour respirer par le nez. Il ronfle; n'a jamais bavé. Il avale avec difficulté ce qui n'est pas de la bouillie. Souvent même la mère trouve quelque difficulté à faire avaler le liquide. Depuis deux à trois mois, il a cessé de téter et la mère attribue cela à sa gêne pour avaler. Ne mouche pas. Pas d'amygdales. Opéré de végé-

tations adénoïdes cet enfant respire mieux, boit mieux; peut prendre quatre à cinq gorgées de suite, tandis qu'il ne prenait qu'une gorgée à la fois.

G. A., garçon de 2 ans. Ronfle, ne bave pas. Avalait assez facilement; mais toussait ensuite. Depuis quelques jours la gêne pour avaler est continue. Quand il dort, il porte sans cesse sa main à ses oreilles. Amygdales et végétations adénoïdes grosses. J'ai cité ce cas qui se rapproche de l'état subaigu pour montrer que parfois la gêne de la déglutition doit tenir à la contraction du muscle du marteau hyperesthésié par l'état catarrhal de la trompe dont la muqueuse pharyngienne a obturé l'orifice.

On voit que cet enfant pris de symptômes méningiformes dus à une otite moyenne présenterait comme symptôme commémoratif important non pas la bave, mais la déglutition difficile.

Avant 10 ans. — C. M., fillette de 5 ans, de Nantes. Encore ici un état subaigu. Souffrait des oreilles. L'opération des végétations adénoïdes amène la guérison et la mère fait observer que l'enfant, qui ne pouvait rien avaler de gros, ne prenait bien que le trempage, avale facilement aujourd'hui.

L. T., garçon de 5 ans. Ronfle la nuit. Ne bave pas. Ne souffre pas. Mais mange par petites bouchées, comme un moineau et boit par reprises fréquentes. Opéré de ses amygdales et de ses végétations, il mange plus facilement et boit sans difficulté.

On voit que tantôt la difficulté est d'avaler de grosses bouchées, tantôt d'en avaler de petites, tantôt de boire, toutes variétés se montrant des variantes de la même cause, l'obstruction nasale.

L. E., 7 ans. Végétations adénoïdes. Ne bave pas. Avale avec difficulté la viande et même assez difficilement le pain. Opéré de ses végétations, il avale très bien.

Après 10 ans. — B. M., 23 ans. Végétations adénoïdes. Ronfle. Bave la nuit. Avale avec difficulté, surtout la soupe, en allongeant la tête et cela depuis longtemps. Opérée, elle bave encore quelques jours après, ne respirant pas bien par le nez; mais elle avale plus facilement.

Ce mode de déglutition a été signalé comme appartenant à l'adhérence totale du voile du palais. Nous avons un malade atteint de cette affection qui ne l'a jamais présenté. Il semble bien ici que la gêne pour avaler indique une obstruction plus prononcée que la bave. Mais bien souvent, chose à noter, le malade ne bave pas et avale difficilement, ou réciproquement.

Aussi ces symptômes n'ont de réelle valeur que par leur présence, leur absence ne signifiant pas la liberté des fosses nasales.

D. M., garçon de 13 ans. Ronfle. Ne bave pas. Est gêné en avalant la nourriture, même en buvant; quelquefois il fait un effort pour avaler sa salive; opéré de végétations adénoïdes, il est guéri de ces symptômes.

Un autre cas curieux est celui de la fille d'un médecin, laquelle produisait en mangeant une sorte de ronflement. Ce symptôme bizarre disparut par l'opération des végétations adénoïdes.

Il est tellement vrai qu'il faut aller au-devant des questions en ce qui concerne les deux symptômes de la bave et de la déglutition difficile, que nous avons vu la mère d'une petite fille opérée de végétations pour une *surdité légère*, venir nous remercier tout particulièrement parce que l'enfant avalait bien depuis l'opération. Or, auparavant c'était pour cette femme un supplice que de la faire prendre quelque chose, tant la déglutition était difficile.

Ainsi ces deux symptômes se guérissent par le même traitement. Il semble que la difficulté de déglutition se combinerait plus facilement à un état aigu. La difficulté de la déglutition constitue la déduction et la confirmation de mes assertions sur la bave par obstruction nasale; mais elle ne doit pas, chose paradoxale en apparence, être considérée comme le signe d'une obstruction nécessairement plus accentuée, puisque l'un de ces symptômes se voit souvent sans l'autre. Ni l'un ni l'autre ne se limitent aux cas de végétations adénoïdes; il faut toujours y penser dans l'obstruction nasale, sur l'attention de laquelle ils appelleront un examen approfondi.

Il est probable que dans les cas où l'obstruction nasale ne provoque ni bave, ni difficulté de la déglutition, il y a, comme Panas l'a invoqué pour les cas de perforation du voile sans trouble de la déglutition, il y a intervention d'une action plus parfaite du constricteur supérieur du pharynx.

Si quelques aliments reviennent par le nez, il faut examiner le rhino-pharynx au point de vue d'une tumeur, de

de l'insuffisance vélo-palatine, d'une perforation du voile, enfin d'une obstruction nasale par congestion des cornets, obstruction pouvant laisser revenir les aliments tout en ne permettant pas l'accès de l'air.

Considérant la bave comme un symptôme pathologique, et vraiment il est difficile de l'accepter comme normal, pouvons-nous, ce travail terminé, rejeter comme imaginaire la bave par évolution dentaire, conformément à ce vœu de Magitot : « Que les maladies de dentition chez l'homme disparaissent définitivement du cadre de la pathologie médicale. » — Le problème ne nous paraît pas résolu.

III

LES MALADIES ARTIFICIELLES DE L'OREILLE

Par le Dr **Th. HEIMAN**

Directeur de la section otologique de l'hôpital militaire de Varsovie (1).

Dans le service des maladies d'oreille que je dirige à l'hôpital militaire d'Ujassdoff, à Varsovie, je rencontrais autrefois un grand nombre de conscrits et jeunes soldats atteints d'affections auriculaires artificielles et de surdité simulée. Beaucoup d'hommes de cette catégorie me furent adressés de plusieurs villes de Pologne où les troupes russes tiennent garnison, pour être examinés. Actuellement l'état de choses s'est modifié, grâce aux mesures de rigueur appliquées par les autorités militaires et médicales, dont l'attention fut attirée sur la disproportion du nombre de jeunes soldats et de conscrits atteints de maladies de l'organe de l'ouïe, qui allait toujours en croissant. Le nombre a tellement diminué que la statistique a démontré qu'au cours de l'année 1892, il n'y avait eu que trois cas d'affection artificiellement provo-

(1) Cette communication est extraite de la première partie d'un travail plus important qui va être publié en langue russe sous le titre de *Maladies artificielles de l'oreille et surdité simulée*.

quée et deux cas de surdité simulée, sur la totalité des conscrits et jeunes soldats examinés par moi.

Il est facile de comprendre pourquoi les maladies provoquées de l'organe de l'ouïe étaient plus fréquentes auparavant : l'examen de l'oreille n'est pas à la portée de tous les médecins, et il en est beaucoup qui ajoutent foi à l'opinion répandue dans le public au sujet de l'innocuité de ces affections. Ils croient que les blessures de l'oreille n'ont pas d'aussi graves conséquences que celles des autres organes, et que l'on peut impunément porter atteinte à l'appareil auditif afin d'échapper au service militaire.

Il y a trois manières de provoquer les affections de l'oreille.

1° On introduit dans le conduit auditif externe des matières non irritantes qui ne provoquent aucun ou presque aucun symptôme morbide. Cette manœuvre consiste à faire pénétrer dans une ou dans les deux oreilles des tampons d'ouate très comprimés, des grains de blé, des feuilles, etc., dans l'espoir de simuler la surdité.

2° On applique des substances plus ou moins irritantes, afin de provoquer l'inflammation du conduit auditif externe et du tympan. En effet, ces substances, séjournant plus longtemps dans le conduit auditif externe, se décomposent et contribuent à former un liquide sanieux répandant une mauvaise odeur, ou même du pus véritable. Pour atteindre ce but, on emploie le fromage pourri, le jaune d'œuf putréfié, des grains de poivre, du camphre, etc.; ou bien on fait couler dans le conduit auditif externe des liquides irritants, caustiques, tels que l'acide phénique en solution faible, de l'huile de cajeponte, de la térébenthine, de l'huile de croton mélangée à de la glycérine ou simplement à de l'eau froide.

3° On détruit plus ou moins le tympan en le perforant avec un instrument pointu ou émoussé, puis on y verse des liquides caustiques purs ou concentrés, comme l'acide phénique pur ou mêlé à la glycérine, l'acide sulfurique pur ou mélangé à la glycérine, l'acide nitrique, la potasse, etc.

Les deux premières catégories de fraude sont rares, sur-

tout la première, parce qu'elle saute aux yeux du médecin au premier examen. La seconde forme de tentative n'aboutit pas à la perforation du tympan qui exempte du service militaire ; aussi est-ce la troisième catégorie qui se rencontre le plus fréquemment, surtout l'emploi des caustiques, la perforation directe du tympan ne se produisant pas toujours par l'usage d'un instrument pointu ou émoussé et l'opération étant très douloureuse, même en cas de réussite ; la perforation a grande tendance à se fermer spontanément en peu de temps sans laisser de traces, et si par hasard la perforation provoquée de la sorte se complique d'inflammation aiguë de la caisse, le fraudeur n'atteint pas son but, cette lésion n'exemptant pas du service militaire.

Les instillations de liquides caustiques dans le conduit auditif externe sont effectuées avec beaucoup de précautions pour éviter de brûler le parois du conduit auditif et des parties voisines. Pour y arriver, on introduit d'ordinaire quelques gouttes de liquide dans un tube de verre ou de plume, puis le liquide s'écoule lentement par l'extrémité opposée introduite profondément dans la direction du tympan.

On se sert dans le même but d'une seringue de Pravaz privée de son aiguille. Pendant l'opération, la tête du sujet est penchée du côté opposée à l'oreille lésée. Ensuite, après avoir retiré le tube, on sèche soigneusement le conduit auditif externe. Malgré toutes ces précautions, on réussit rarement, et les signes révélateurs de l'action caustique du liquide sont presque toujours visibles. Exceptionnellement, les plus courageux font verser en une seule séance les caustiques concentrés ; les autres, pour éviter la douleur, se servent de solutions moins fortes. L'opération est pratiquée quelques semaines ou quelques mois avant la conscription.

Si l'opération n'a pas abouti à la perforation du tympan, c'est-à-dire si l'on n'entend pas par le procédé de Valsalva le souffle caractéristique, on achève la perforation du tympan ramolli au moyen d'un instrument pointu ou émoussé.

On rencontre parfois des blessures dans des oreilles atteintes de maladies chroniques préexistantes, de grandes perforations du tympan, par exemple. Ce fait se produit en

raison de l'ignorance de l'affection ancienne qui n'occasionne aucune douleur au simulateur.

Il est bon de remarquer que l'application d'huile de croton dans le conduit auditif externe et sur le pavillon de l'oreille ne provoque pas les symptômes que produit ce remède sur les autres parties du corps. En effet, le pavillon et le conduit auditif sont couverts d'une grande quantité de petites vésicules blanches formant une surface raboteuse, et l'épiderme s'y enlève très aisément, surtout au moment de l'introduction du spéculum dans le conduit auditif; l'épiderme détaché l'envahit et empêche l'exploration de parties plus profondes, telles que le tympan. Au bout de quelques jours, l'épiderme détaché se dessèche et laisse apercevoir la surface rougeâtre, parfois gonflée et ensanglantée du derme. La surface perforée du tympan est trouble, on n'y distingue pas le marteau et à sa place il existe de l'hyperémie.

Souvent on aperçoit sur la surface pariétale du conduit auditif une masse grisâtre formée par le pus et l'épiderme détaché. Si l'on a fait plusieurs applications d'huile de croton, ou si le conduit auditif externe a été fréquemment irrité par un corps dur, la destruction ne se borne pas à l'épiderme, l'irritation pénètre plus profondément et on constate les symptômes survenant à la suite de l'emploi de substances plus caustiques. Les conscrits se plaignent d'une dureté d'ouïe de l'oreille affectée, et lorsqu'on leur parle très près contre l'oreille opposée, ils ne répondent pas, bien qu'ils affirment que cette dernière est saine.

Les destructions déterminées par les caustiques sont très variables; mais ce sont surtout des brûlures, à divers degrés, selon qu'elles détruisent les couches superficielles de l'épiderme de l'oreille externe, et parfois de la muqueuse de la caisse ou les parties plus profondes jusqu'à l'os, en affectant quelquefois ce dernier.

Il est rare d'observer des cas récents de lésions artificielles de l'oreille; d'ordinaire, nous ne voyons les malades qu'au bout de deux ou trois jours, ou davantage, après la blessure, mais le plus souvent ils sont soumis à notre examen lorsque les symptômes caractéristiques ont disparu en partie ou en totalité.

Les brûlures occasionnées par l'acide phénique déterminent des escarres blanches superficielles; le tympan n'est pas toujours perforé, mais il est ramolli et présente une couleur foncée, sale. Les escarres se détachent au bout de huit à quatorze jours et découvrent la surface rouge du conduit, partiellement ulcérée et recouverte de granulations; les bords des ulcérations sont déchiquetés. Les ulcérations et les granulations peuvent être disséminées dans tout le conduit ou limitées à quelques parties. La suppuration est insignifiante. Au moment de la guérison, le tympan s'éclaircit et la perforation se cicatrise, quoique assez fréquemment elle demeure permanente. La caisse est ordinairement peu atteinte. Après la guérison persistent de fines cicatrices rouges, qui deviennent blanches au bout d'un certain temps et tranchent par cette coloration sur l'épiderme avoisinant. La perforation du tympan réside toujours à la partie antéro-inférieure de cette membrane. Les perforations des autres parties du tympan sont secondaires et produites directement par un instrument pointu ou émoussé. L'épiderme du pavillon de l'oreille est rarement lésé, ou bien il se présente sous forme de taches ou de raies superficielles colorées en rouge. Dans la période de cicatrisation, le conduit auditif externe tend à se rétrécir ou à s'oblitérer complètement.

De plus grandes destructions résultent de l'action corrosive de l'acide sulfurique pur ou mélangé à un liquide quelconque. Les brûlures faites par cet acide se présentent sous des formes variables, mais toujours visibles. Si on les observe, au bout de quelques jours, on voit le conduit auditif externe tout à fait rétréci par une escarre sèche d'un gris foncé; la sécrétion rosée est imperceptible. En une semaine ou quelquefois un temps moins long, l'escarre commence à se détacher, et la suppuration devient très abondante. A la fin de la seconde semaine ou au commencement de la troisième, l'escarre disparaît, et toute la surface du conduit auditif externe se revêt d'importantes granulations fongueuses; après la disparition de ces dernières, le conduit auditif externe s'oblitére, malgré toutes les précautions prises pour empêcher cette obstruction. Après la chute de l'escarre, la suppuration

cesse presque complètement, et la maladie se termine en quatre ou six semaines au maximum. On ne peut examiner le tympan qu'après la chute de l'escarre, mais le procédé de Valsalva suffit pour avoir la preuve de la disparition de cette membrane. La caisse est toujours affectée. La destruction atteint quelquefois les parois osseuses de la caisse et de l'oreille externe et, en ce cas, on observe la nécrose, la carie, la paralysie faciale, etc.

L'altération de l'ouïe dépend du degré des symptômes anatomiques, car elle provient de l'oreille moyenne et très rarement de l'oreille interne. Parfois la fièvre se manifeste, ou bien l'on voit apparaître des symptômes d'irritation cérébrale, sous forme de vomissements, de constipation, de convulsions, de paralysies, de délire, de perte de connaissance, qui ne se terminent qu'exceptionnellement par la mort.

Les symptômes provoqués par l'acide nitrique ou la potasse caustique ressemblent à ceux que produit l'acide sulfurique, mais l'escarre qui suit l'emploi de l'acide nitrique est d'un jaune grisâtre, tandis qu'après l'usage de la potasse, la surface du conduit auditif externe est ramollie et d'un gris foncé.

Il est des cas où l'acide n'agit que sur le tympan; lorsque la surface de ce dernier est d'un gris foncé, l'escarre se détache au bout de quelques jours, laissant voir la perte de substance, dans laquelle s'enclave le manche du marteau d'un blanc de craie. Ces ulcérations se cicatrisent rapidement, généralement en six à huit semaines, mais souvent la perforation demeure permanente. La guérison se propage de la périphérie au marteau, qui se couvre de petites granulations qui se rapprochent progressivement de la cicatrice de la périphérie. Au cours de la cicatrisation, l'extrémité inférieure du manche du marteau remonte de plus en plus, pour revenir à son ancienne position quand la cicatrisation est achevée. Le marteau peut aussi se nécroser.

Le diagnostic des maladies artificielles de l'oreille est aisé au début de la lésion, lorsque existent des symptômes exclusifs de brûlure ou d'irritation provoquée de l'organe de l'ouïe.

Dans les autres cas, où il n'y a que des symptômes d'inflammation de l'oreille externe ou moyenne, où le tympan fait défaut, les cicatrices, les rétrécissements, l'oblitération du conduit auditif rendent le diagnostic difficile, mais, dans nombre de cas, nous pouvons reconnaître la vraie cause des symptômes morbides par les considérations suivantes :

1° L'âge du malade.

2° Les antécédents de l'affection ; chaque conscrit présente sa maladie comme chronique, il exagère les symptômes, en fait valoir qui n'ont jamais existé ; mais souvent il oublie au second examen ce qu'il a dit la première fois et s'embrouille dans son récit.

3° L'affection est toujours unilatérale, ce qui s'explique par le fait que personne ne se laisse brûler ou léser les deux oreilles à la fois, soit à cause de la douleur causée par cette opération, soit par crainte de devenir complètement sourd, soit enfin parce qu'une lésion unilatérale (perforation d'un seul tympan) suffit à exempter du service militaire. Si, en pareil cas, on observe des troubles bilatéraux, on n'observe que d'un seul côté les symptômes d'une maladie artificielle.

4° L'affection est aiguë, étant presque toujours récente.

5° Le tympan est couvert de pus ou de détritüs grisâtres, ramolli; perforé ou détruit. Sa coloration est rarement blanche, mais d'ordinaire grise, grise foncé ou rougeâtre. Quant à la perforation, elle siège toujours à la partie antéro-inférieure du tympan, si la lésion est produite par un caustique, ou à la partie postéro-supérieure, si la perforation a été provoquée directement par un instrument tranchant.

6° Au début et dans le cours de la maladie, la suppuration est insignifiante ou nulle ; elle est abondante au moment de l'élimination de l'escarre.

7° La caisse est peu modifiée, ou sa lésion provoque les mêmes symptômes que les otites moyennes purulentes aiguës.

8° L'audition est peu atteinte, mais il faut tenir compte de la simulation.

9° Le conduit auditif externe a grande tendance à s'oblitérer.

10° Ce syndrome morbide, s'il n'est pas entretenu, disparaît en peu de temps.

En général, il faut toujours être sur ses gardes; lorsque nous observons chez un conscrit une suppuration unilatérale insignifiante ou hors de proportion avec les modifications anatomiques existant dans le conduit auditif externe, le pavillon de l'oreille et la caisse, le rétrécissement ou l'oblitération du conduit auditif externe, nous devons considérer ce cas comme suspect et vérifier son origine.

Il est superflu d'ajouter qu'on ne devra pas confondre l'affection artificielle de l'oreille avec les maladies éruptives: vésicules, ulcérations, gonflement, qui peuvent se manifester dans les diverses parties de l'organe de l'ouïe, et que l'on rencontre souvent au cours des maladies aiguës et plus fréquemment encore dans les otorrhées chroniques.

Il est bon de savoir que beaucoup de conscrits atteints d'otorrhée chronique cherchent à se présenter devant les conseils de revision au moment où l'affection est très accentuée, afin de se faire exempter. Pour y réussir, ils cessent de soigner leur suppuration quelques semaines avant l'époque fixée pour la conscription. Le pus étant longtemps en contact avec les tissus de l'oreille peut déterminer tous les troubles qui caractérisent les maladies artificielles. L'observation de ces malades, leur surveillance et les soins qu'on leur donne nous préserveront de porter un pronostic erroné.

Il n'y a qu'une seule indication thérapeutique: empêcher que le conscrit irrite son oreille. Pour la plupart des hommes, il suffit de leur exposer les conséquences de leur action criminelle, et le danger que courent leur santé et leur vie. Lorsque ce moyen échoue, il faut les surveiller avec le plus grand soin.

Les bandes, les bandages inamovibles d'amidon ou de plâtre, conseillés par quelques médecins, n'atteignent pas leur but, les malades trouvant l'occasion et le moyen d'irriter leur oreille, et pouvant aisément provoquer la rétention du pus; de plus, le bandage en plâtre et les plaques métalliques irritent l'épiderme environnant.

Si l'affection siège surtout sur le tympan et si le conduit

auditif externe n'est pas ulcéré, on obtiendra de bons résultats du tamponnement du conduit auditif externe au moyen de petits tampons d'ouate hygroscopique, qui empêchent l'introduction des corps étrangers à l'intérieur de l'oreille. Le tamponnement offre, en outre, l'impossibilité d'irriter le conduit auditif, ce qui amène une guérison très prompte.

IV

UN POINT DE LA PHYSIOLOGIE DE L'ÉTRIER (1).

Par le Dr GELLÉ.

Helmholtz a consacré plusieurs pages de son livre à l'étude de la faculté que possède l'oreille d'oublier un son dès qu'un son nouveau vient la frapper, ce qu'il appelle « les étouffoirs » de l'oreille.

L'addition d'un son de ton semblable à un premier son entendu, en augmente l'intensité, il y a fusion. L'addition d'un son de tonalité égale mais d'intensité plus grande, annihile le premier son et le couvre ; et il en est de même de beaucoup de sons différents simultanés ; le plus intense empêche la perception distincte des autres.

Il cesse d'en être de même quand des sons se combinent, s'associent et donnent naissance à une sensation mixte ou composite ; cependant, encore ici, il y a fusion dans les accords et les sons résultants si bien étudiés par l'illustre physicien biologiste.

Quand deux sons se succèdent, il montre combien rapidement le premier son perd de sa vigueur, et comment la supériorité du son successif s'établit alors ; on sait aussi que la sensation de sons graves se prolonge davantage, ce qui rend leur confusion possible, tandis que les sons aigus se succèdent bien distincts encore.

D'autre part, un premier son très intense nuit souvent à la

(1) Communication à la Société de Biologie, 21 octobre 1893.

perception immédiate d'un son plus léger qui lui fait suite, comme l'éclat du soleil nuit pendant un temps appréciable à la vue nette des objets moins vivement éclairés.

Cependant il y a là une question de mesure et à ce point de vue, il y a de grandes variétés ; en général, par exemple, le son du diapason mu par un courant, transmis avec le téléphone, avec toute l'activité des bobines, n'empêche pas de percevoir aussitôt le même son très atténué par l'éloignement de la bobine au point de l'échelle graduée marqué d'avance. Pourtant quelques personnes restent pendant quelques instants et jusqu'à plus d'une minute, dans l'incapacité de sentir le deuxième son après l'énergique sensation du précédent. Ici le phénomène n'est pas simple ; il est certain que la vive impression provoque une action de défense dans l'appareil auditif et une sorte d'inertie sensorielle, voisine de l'épuisement ; ne serait-ce pas plutôt un effet d'inhibition causée par une sensation trop vive ? il est à croire que l'épuisement ne céderait pas à quelques instants de repos ; or, après quelques secondes, la sensation se produit sans effort, dans le cas que j'étudie. — On peut admettre que cette excitation sonore anormale provoque des activités vaso-motrices, comme elle est capable de causer la pâleur ou la rougeur de la face chez certains sujets.

Mais l'organe de l'ouïe a d'autres moyens de défense et son appareil de transmission est aussi un agent de protection sérieux.

On sait depuis les expériences de Politzer que l'étrier se meut dans la fenêtre ovale sous l'influence des moteurs de la chaîne des osselets. Il est reconnu depuis Savart que c'est en tendant et déplaçant les organes de conduction que l'on obtient les atténuations de la sensation auditive si bien étudiée par ce savant.

L'étrier se meut vers le labyrinthe toutes les fois qu'on refoule le tympan en dedans ; on a étudié ce mouvement sur le cadavre : on l'a mesuré et inscrit. Or, les pressions légères, brusques, faites sur le tympan au moyen d'une poire à air adaptée à l'oreille saine modifient profondément et immédiatement la sensation du diapason vibrant

sur le crâne ; et chaque pression amène aussitôt un affaiblissement du son, qui reprend son intensité dès que la pression cesse ; cela peut être recommencé à volonté.

Les mouvements imprimés à l'appareil de conduction, transmis du tympan à la platine de l'étrier, sont ainsi la cause d'une diminution passagère du courant sonore.

Il y a donc là toute une fonction délicate de protection, et l'instrument qui récolte le son possède la faculté d'en atténuer l'intensité dans une certaine mesure.

L'étendue du déplacement en dedans dont la lamelle mince qui constitue la platine de l'étrier est susceptible ne dépasse pas suivant Helmholtz $1/10$ de millimètre. C'est grâce au ligament orbiculaire qui l'attache au cadre de la fenêtre ovale, que la faible oscillation est possible ; mais cette mobilité dans cette fenêtre assure la transmission des vibrations venues du dehors au liquide labyrinthique qui baigne la face interne de la base de l'étrier.

Comment les pressions exercées sur cet appareil auriculaire, qui meuvent la base de l'étrier, peuvent-elles atténuer la sensation acoustique ?

Pressions, mouvements de l'osselet et affaiblissement du son sont trois phénomènes corrélatifs et simultanés.

Mais on remarque le peu de course dont l'étrier est susceptible ; la limite en est donc vite atteinte, et la lamelle vibrante, pressée, devient immobile dans son cadre ; comme une membrane tendue sur laquelle on pose le doigt elle cesse de vibrer aussitôt ; en somme, est-ce autre chose qu'une mince membrane que cette platine mobile bordée d'un tissu élastique, encadrée dans la paroi labyrinthique ?

On peut démontrer expérimentalement qu'elle se comporte comme les membranes tendues et obéit aux mêmes lois.

Une vessie pleine d'eau placée sur un plateau est enveloppée de plâtre qui se solidifie ; sur un côté on a laissé un trou pour placer l'otoscope ; en haut, un cercle plus grand reçoit un disque de plâtre qui laisse à nu la membrane tout autour de lui sur une étendue de $1/2$ centimètre ; ce disque est donc mobile. Une montre est posée sur lui, et on entend son tic-tac avec l'otoscope ; mais à la moindre charge

posée sur le disque de plâtre, le son s'affaiblit; et il disparaît en augmentant le poids ajouté.

C'est absolument ce qui se passe avec les membranes tendues et ce sont ces parties minces, élastiques et mobiles qui transmettent les vibrations au liquide inclus.

Avec cette image grossière, la transmission au labyrinthe des vibrations de la platine de l'étrier (disque de plâtre ici) est devenue sensible, et le rôle des pressions et charges imposées à cette platine conductrice qui l'immobilisent et arrêtent ainsi le courant vibratoire, devient plus facile à apprécier et à comprendre. Pression, immobilisation et atténuation du son sont donc trois phénomènes successifs et logiques; qu'ils reconnaissent pour cause la contraction musculaire dans l'accommodation de l'organe, ou bien qu'ils soient obtenus par la pression d'une poire à air, expérimentalement.

Ceci établi, on conçoit qu'il devient peu important, au moins très secondaire, de savoir dans quel sens se fait le déplacement si limité de la base de l'étrier dans le cadre de la fenêtre ovale.

Cependant les auteurs ont discuté ce point de physiologie, et ils sont loin d'être d'accord.

Les uns veulent que l'étrier subisse un mouvement de voilet, sa partie antérieure plongeant, et la partie postérieure restant fixe; d'autres admettent une oscillation de bascule des deux extrémités sur le centre immobile; pour ma part, je n'ai jamais vu rien de pareil sur le cadavre, quand les oreilles étaient normales. Je n'ai pu constater qu'un déplacement ou mieux un glissement de la platine dans son cadre, de dehors en dedans et en totalité.

La laxité de l'articulation de l'enclume et de l'étrier autorise tous les sens de direction des mouvements de la branche descendante de l'enclume et est sans doute aussi en rapport avec l'amplitude des vibrations subies par le levier osseux relativement long. Le tendon réfléchi du stapédius limite aussi les excursions possibles de la tête de l'étrier; enfin la fossette de la fenêtre ovale est un obstacle à de plus amples oscillations en tous sens.

En réalité, c'est la charge imposée à l'étrier qui immobilise la platine, la rend mauvaise conductrice et affaiblit le son : au seuil du labyrinthe, la pièce qui sert au transport des ondes vibratoires, sert aussi à mitiger leur allure.

Au moyen de leviers articulés, j'ai reproduit l'image schématique de l'appareil de la chaîne des osselets ; et l'on peut voir que la plus simple pression exercée sur le tympan et le manche du marteau, pousse en dedans la branche verticale de l'enclume, et dirige l'étrier en dedans par un mouvement rectiligne de glissement.

Les lésions pathologiques causent parfois l'immobilité durable de la platine de l'étrier, et le signe principal de cette fixité est l'impossibilité de modifier la sensation du diapason vertex par les pressions centripètes dont nous avons précédemment parlé ; pas de mouvement possible, pas d'atténuation obtenue : pressions négatives, ankylose de l'étrier.

Mais les organes pairs sont synergiques et les oreilles s'accommodent simultanément dans l'audition binauriculaire. J'ai rendu le phénomène manifeste et analysable au moyen de l'épreuve des pressions exécutée comme suit : la pression agit à droite et le diapason vibre en face de l'oreille gauche ; eh bien ! le sujet peut constater à chaque pression à droite une diminution du son perçu du côté gauche ; — les moteurs se contractent synergiquement à gauche ; leur action instantanée passagère atténue le courant sonore en agissant sur l'étrier et sur le tympan simultanément ; on voit là la fonction en activité.

Les étouffoirs de l'oreille sont multiples et le système nerveux central y contribue autant que l'appareil périphérique de récolte et de transmission des ondes sonores ; les deux organes opèrent synergiquement dans ce but de protection évident.

V

NOUVEAU MODE DE TRAITEMENT DES ABCES DU
CONDUIT AUDITIF EXTERNE PAR LE TUBAGE

Par **A. COURTADE**, ancien interne des hôpitaux.

J'entends par tubage du conduit auditif externe, l'introduction dans ce canal d'un tube de caoutchouc destiné à jouer à la fois le rôle de drain et de dilatateur permanent.

Ce n'est pas sans hésitation que je me suis décidé à employer un néologisme pour exprimer un mode d'intervention nouveau; mais l'expression tubage était celle qui rendait le mieux ma pensée. D'ailleurs, le terme tubage n'est un néologisme qu'en tant qu'il est appliqué à l'oreille, puisqu'il y a déjà le tubage du larynx, expression consacrée et adoptée par les laryngologistes.

On pourrait objecter que les expressions drainage ou dilatation du conduit auditif expriment aussi la même idée que le terme de tubage: je ne le crois pas. Le drainage chirurgical consiste à passer un drain dans un canal créé de toute pièce, soit par la maladie, soit par la sonde du chirurgien; de plus, le drain n'intervient pas comme dilatateur de l'orifice, il se borne simplement à en empêcher la fermeture. En employant l'expression de drainage du conduit auditif, j'aurais donc pu laisser croire au passage d'un drain dans l'épaisseur des parties molles.

Dilatation du conduit auditif ne convient pas davantage, car le tube de caoutchouc joue surtout le rôle de drain et accessoirement celui de dilatateur.

Telles sont les raisons qui m'ont fait adopter l'expression de tubage du conduit auditif, qui signifie simplement introduction d'un tube dans le conduit auriculaire, sans préjuger des effets mécaniques qu'il peut avoir.

J'ai employé le tubage dans un cas de cloisonnement mem-

braneux du conduit auditif et dans les abcès du conduit auditif avec des résultats remarquables.

Les abcès du méat sont relativement fréquents et déterminent, pour peu qu'ils soient volumineux ou multiples, des douleurs excessivement violentes, qui constituent le symptôme le plus pénible, celui que les malades tiennent à voir disparaître le plus tôt possible.

Nous avons soigné nombre de malades atteints d'abcès folliculaires ou de furoncles du conduit, qui n'avaient pas dormi depuis 8 ou 15 jours et qui pouvaient reposer toute la nuit dès que le tubage avait été pratiqué.

Pour ne pas allonger inutilement cet article, nous ne citerons que quelques observations les plus récentes.

Obs. I. — X..., 27 ans, se présente le 13 septembre avec des abcès dans les conduits auditifs; le début remonte à 15 jours pour l'oreille gauche, et seulement 3 jours pour la droite.

A gauche, on constate sur les parois supérieure et inférieure une saillie mamelonnée qui laisse au conduit auditif une ouverture suffisante pour que les lavages puissent être pratiqués; les abcès sont, du reste, en bonne voie de guérison.

Mais à droite, le conduit auditif est complètement fermé par le gonflement des parois opposées, et la lumière du méat est réduite à une fente.

Depuis 15 jours, le malade n'a pu dormir un seul instant à cause de la violence des douleurs; les premiers temps à cause de l'affection de l'oreille gauche et depuis 3 jours à cause des abcès du côté droit.

J'introduis dans le conduit auditif droit un tube de caoutchouc assez gros et recommande des injections antiseptiques.

Dès le premier jour les douleurs sont calmées, le malade peut dormir tranquillement toute la nuit, et en moins de 8 jours la guérison est complète.

Obs. II. — M^{me} X..., 45 ans, inflammation glandulaire des conduits auditifs depuis 8 jours; douleurs vives et impossibilité de dormir depuis 3 jours.

A droite, le gonflement des parois supérieure et inférieure ferme complètement le conduit auditif; à gauche, l'occlusion est un peu moins prononcée.

Le tubage est pratiqué de chaque côté. 3 jours après, la malade revient dans un état très satisfaisant; les douleurs ont cessé le

jour même du tubage ; les conduits auditifs sont larges et ont repris à peu près leur diamètre normal.

La veille, la malade a retiré ses tubes parce qu'elle ne souffrait plus.

Mais 2 jours après cette imprudence, les douleurs et le gonflement reparaissent et m'oblige à pratiquer un nouveau tubage qui fait disparaître immédiatement les douleurs ; la guérison est complète en moins d'une semaine après le début du traitement.

OBS. III. — M^{lle} D... Jeanne, 20 ans, est atteinte depuis l'âge de 8 ans d'une otorrhée droite, survenue à la suite de grattages avec une épingle ; l'écoulement persiste jusqu'à 16 ans avec des rémissions de 8 à 15 jours.

De 16 à 19 ans, cessation de l'écoulement, mais depuis le mois de novembre 1892, l'otorrhée a repris son cours sans discontinuer.

Elle n'a jamais souffert, sauf depuis 15 jours où les douleurs ont été très vives et l'ont empêché de dormir.

Elle vient consulter le 26 septembre ; le pus, très abondant, remplit littéralement le méat externe et coule dans la conque. Après une injection détersive, on peut constater que l'entrée du conduit auditif est complètement fermée par le gonflement des parois.

Le tubage pratiqué immédiatement est suivi de la cessation des douleurs ; dès la nuit suivante la malade peut dormir toute la nuit.

L'agrandissement de la lumière du conduit auditif permet de constater, 4 jours après, l'existence d'un abcès situé très profondément sur la paroi supérieure, mais qui se vide facilement.

Au bout d'une dizaine de jours, on peut examiner le tympan qui présente une perforation dans son segment antéro-inférieur, perforation très probablement due à l'otorrhée externe qui dure depuis 12 ans et qui n'a jamais été soignée.

L'écoulement purulent est du reste presque nul et ne tardera pas à cesser complètement.

Nous allons étudier maintenant le mode d'action du tubage dans ces atrésies inflammatoires du conduit auditif.

Souvent ce sont des lésions de grattage qui servent de porte d'entrée aux microbes pathogènes qui existent normalement dans le cérumen et qui déterminent les furoncles ou les abcès folliculaires du conduit. La nature virulente de ces affections explique leur propagation de proche en proche et

l'infection de la paroi opposée par le pus qui s'écoule du point primitivement malade. Quand l'inflammation est circonscrite à un follicule, la lumière du conduit auditif n'est pas effacée mais seulement diminuée; les douleurs, bien que vives, ne sont pas intolérables; assez souvent les malades n'y prennent pas garde et négligent de se soigner à cette période. Mais plus tard, l'extension du gonflement ne tarde pas à fermer plus ou moins complètement le conduit auditif; les douleurs sont alors extrêmement vives, surtout la nuit, et empêchent le malade de dormir.

Les abcès s'ouvrent spontanément et le pus s'écoule en partie en dehors, en partie dans le conduit auditif, en arrière de l'atréisie, ce qui crée une nouvelle source d'infection.

Les méthodes de traitement employées jusque-là sont impuissantes à nettoyer le conduit auditif, puisque ni les bains, ni les injections ne peuvent pénétrer profondément, le liquide étant arrêté par la barrière produite par le rapprochement des parois tuméfiées du conduit; aussi le traitement était-il long et souvent inefficace; la preuve en est dans les instillations et les potions narcotiques que l'on conseillait au malade pour calmer les douleurs.

Bien plus, les injections dans l'oreille, dit Politzer, doivent être évitées parce que l'expérience montre qu'elles provoquent de nouvelles éruptions.

La raison de cette proscription est explicable; l'injection ne pouvant pénétrer dans le conduit en grande abondance, ne fait que refouler le pus dans la profondeur, sans pouvoir l'entraîner, le balayer; le pus séjournant dans une région très enflammée, produit de nouvelles infections.

Il n'en saurait être de même si on pratique le tubage qui ouvre à nouveau le conduit auditif fermé, le dilate et permet ainsi de faire des lavages avec une force suffisante pour entraîner tout le pus et empêcher de nouvelles inoculations.

Contrairement à ce que dit Politzer, non seulement les injections ne doivent pas être évitées, mais encore elles doivent être conseillées, car elles sont utiles, indispensables et donnent d'excellents résultats.

Il semble au premier abord que la compression excen-

trique exercée par le tube de caoutchouc doit fermer le ou les orifices de l'abcès et s'opposer par conséquent à l'issue du pus hors de la poche; il n'en est rien, car le pus sort facilement et je n'ai jamais constaté la moindre rétention.

Bien mieux, cette dilatation soutenue est utile et fait rapidement disparaître l'infiltration plus ou moins étendue qui accompagne l'abcédation; en quarante-huit heures, un conduit auditif oblitéré par le gonflement des parois a repris son diamètre normal si le drain est assez gros.

Plusieurs malades se sont présentés dans les premiers jours de l'affection, avant que l'abcès ne se soit ouvert, auxquels j'ai pratiqué le tubage; malgré la promesse de revenir deux jours après, si les douleurs persistaient, ils n'ont pas reparu, ce qui me laisse espérer que l'affection a rétrogradé, a avorté.

Si le malade se présente, comme c'est la règle, alors que l'abcès ou furoncle est ouvert depuis un ou plusieurs jours, le tubage fait disparaître le jour même les douleurs intolérables qui empêchent le malade de dormir.

Quand la dilatation a été maintenue pendant quelques jours, alors que le conduit auditif est large, on peut supprimer le tube et se borner à tamponner le canal avec de la gaze iodoformée qui, tout en maintenant la dilatation acquise, assure l'antisepsie de la région. Nous avons suivi cette pratique chez un malade qui était dans l'impossibilité de faire chez lui les lavages indiqués et nous en avons obtenu de bons résultats. Dans d'autres cas nous avons fait des badigeonnages du conduit auditif avec le salol camphré, après dilatation par le tube.

En résumé, l'objectif de l'intervention est : dilatation du conduit suffisante pour en assurer l'antisepsie dans toutes ses parties.

Nous avons encore employé le tubage dans un cas d'occlusion du conduit auditif par un diaphragme membraneux. Cette observation est intéressante moins par le côté qui nous occupe que par les phénomènes cérébraux qui accompagnaient l'occlusion; c'est à ce titre que nous croyons devoir la relater.

L... Antoine, 53 ans, chaudronnier, est reçu dans le service de M. Gouguenheim, à Lariboisière, le 7 février 1893.

Les antécédents que nous fournissons n'ont été donnés qu'après la guérison, car, à son entrée, l'état d'hébété du malade et sa parole bredouillée ne permettent pas d'obtenir de renseignements précis, mêmes compréhensibles.

A 4 ans, il a eu un écoulement de l'oreille droite qui a duré assez longtemps, c'est vers cette époque que l'occlusion a débuté; souvent, il éprouvait, depuis cette époque des douleurs vives dans la région de l'oreille droite.

Il y a dix-huit mois, il a été soigné pendant trois mois, à l'Hôtel-Dieu pour une hémiplegie droite accompagnée d'aphasie.

A son entrée, je constate que l'ouverture du conduit auditif droit est fermée par une cloison complète : un examen attentif permet de découvrir au centre du diaphragme une très petite perforation pouvant admettre avec peine l'extrémité d'un stylet effilé mais mousse; des mouvements combinés de propulsion et de rotation, imprimés au stylet font pénétrer l'instrument dans le conduit auditif.

Les épreuves de l'audition ne sont pas faites, en raison de l'état d'obnubilation intellectuelle du sujet. On peut admettre cependant avec la plus grande vraisemblance que l'audition est nulle à droite et fort diminuée à gauche, car à chaque instant le malade fait répéter les questions et souvent même il répond à côté. Les épreuves subjectives dans ces conditions étaient complètement inutiles.

Je pratique la dilatation progressive de cet orifice du diaphragme jusqu'à ce qu'une sonde cannelée puisse passer sans trop de difficultés.

Le 11 mars l'opération est pratiquée de la façon suivante : guidé par la cannelure de la sonde, je sectionne avec une lame de galvano-cautère, le diaphragme, suivant quatre points cardinaux. Le conduit auditif est littéralement bourré d'une matière blanchâtre formée par des cellules épidermiques et très probablement aussi par du pus concrété, résidu de l'otorrhée du jeune âge. Pour permettre la cicatrisation de la plaie opératoire et empêcher la rétraction cicatricielle j'introduis un bout de sonde de caoutchouc rouge, à paroi épaisse que je laisse à demeure jusqu'à guérison complète.

Le résultat de l'opération a été le suivant : disparition des battements dans la région temporale qui empêchaient le malade de dormir; la parole bien que traînante n'est plus autant bre-

douillée et devient parfaitement intelligible; les questions sont comprises et les réponses exactes; l'état d'hébétude a presque disparu et fait place à un visage d'aspect normal; le malade rit quand on plaisante ce qui n'avait pas lieu avant, le diapason est perçu à quinze centimètres de l'oreille droite; l'appétit est devenu normal, le sommeil régulier.

Il serait oiseux de faire remarquer que l'amélioration de l'état cérébral et de l'état général est bien due à l'opération qui n'a été pratiquée qu'un mois après l'entrée du malade l'hôpital; pendant toute la période d'observation on n'a constaté aucune modification dans l'état du sujet; le bien-être a suivi de si près l'intervention et a été si net que je ne saurais y voir une pure coïncidence.

L'occlusion et l'obstruction du conduit auditif déterminaient chez le malade des phénomènes cérébraux que l'on aurait mis sur le compte exclusif de l'hémorragie cérébrale dont il avait été atteint dix-huit mois avant.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel pratique des maladies des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne, par E.-J. MOURE. (Avec 125 figures dans le texte et 4 planches hors texte. 2^e édition. Octave Doin, 1893.)

Ce livre, que l'auteur semble destiner aux étudiants comme manuel pratique et aux médecins praticiens comme *vade mecum*, présente, à notre avis, sur les autres travaux du même genre, l'avantage précieux de ne pas cependant résumer simplement la technique, la pathologie et la chirurgie, mais encore de fournir à propos de chacun d'eux un aperçu des nombreux faits nouveaux.

Après un court chapitre d'anatomie des fosses nasales, la technique rhinoscopique est soigneusement exposée. Et avant d'entrer dans l'étude clinique, l'auteur prend la précaution de traiter d'une façon éminemment pratique un chapitre absolument nouveau dans les manuels, nous voulons parler du chapitre de thérapeutique générale. Il se libère ainsi auprès de son lecteur pour se limiter plus tard, suivant le besoin, à la thérapeutique spéciale, autrement dit aux méthodes chirurgicales.

Dans la clinique, nous avons remarqué avec intérêt la façon dont l'auteur résume très complètement quelques questions de séméiologie très importantes de la rhinopathologie. Les tumeurs adénoïdes du rhino-pharynx sont bien et longuement étudiées. L'auteur insiste particulièrement sur deux sujets très modernes : les rhinoscléromes, les névroses réflexes d'origine nasale.

Une partie importante de l'ouvrage répondant, du reste, à l'importance même du sujet est attribuée à l'étude pathologique et chirurgicale des cavités accessoires de la face. L'anatomie des sinus de la face est rendue intéressante par les applications pathologiques et chirurgicales qui s'y trouvent signalées. Elle est exposée d'une façon aussi complète qu'il est possible de le faire dans un manuel de ce genre. Tout au plus regrettons-nous de ne voir pas parler de l'asymétrie des sinus de la face, de leurs différentes variétés d'imperforation, de l'insertion vicieuse et anormale des cornets sur la face externe des fosses nasales, insertions vicieuses qui modifient du tout au tout les rapports du sinus avec la cavité nasale et l'orbite. Nous aurions aimé, à ce propos, voir quelques figures sur ces anomalies. Cependant nous estimons que l'auteur nous offre, dans cette deuxième édition, un livre qui, nous le répétons, tranchera sur les nombreux manuels existants, à cause des sujets modernes qui s'y trouvent résumés.

J. GLOVER.

De l'emploi des accumulateurs en médecine et de la meilleure manière de les charger, par le Dr Lichtwitz. (Paris, G. Masson, 1893.)

Depuis que Planté a découvert les accumulateurs de plomb ou piles secondaires, on a pensé à les employer en médecine, notamment pour la galvanocaustique et pour l'éclairage électrique.

Leur constance et leur rendement considérable font que leur emploi est plus pratique que celui des piles hydroélectriques. Une grande difficulté restait cependant à surmonter : rendre leur chargement facile. Les piles hydroélectriques dont on se servait à cet effet étaient d'un entretien délicat et ennuyeux ; les piles thermoélectriques avaient un rendement trop faible.

Restait la charge directe dans les usines ou par la distribution générale de l'électricité.

M. Lichtwitz conseille ce dernier moyen. Il intercale à cet effet, comme résistance, de vieilles lampes de 16, 32, 50 et 100 bougies, fournies gratuitement par l'usine et qui, disposées en

dérivation, permettent de faire charger les accumulateurs à un régime voulu.

Si on compare le courant électrique à un courant liquide, on peut dire que par ce groupement de lampes on crée autant de robinets à travers lesquels l'électricité s'écoule.

Ainsi pour laisser passer un courant de 10 Ampères, il suffit de placer dans chacun des 5 supports d'un tableau construits *ad hoc*, une lampe de 50 bougies qui permette le passage d'un courant de 2 Ampères.

L'auteur se sert de deux séries d'accumulateurs fixes, l'une de sept accumulateurs, l'autre de quatre et d'un accumulateur portatif. La série de sept accumulateurs lui fournit l'éclairage, celle de quatre le courant pour la galvanocaustie ; les deux séries réunies servent à l'électrolyse. Il a ainsi à sa disposition toutes les sources nécessaires à la galvanisation, la faradisation, l'électrolyse, la galvanocaustie et l'éclairage.

La charge est des plus simples : la tension du courant fourni étant très grande, 100 volts environ, il suffit de laisser les accumulateurs réunis en tension, tels qu'ils servent pour la décharge. Plus leur nombre est grand, jusqu'à concurrence de 40 à 45, et moins il se perd de courant dans les lampes rhéostats pendant la charge. Avec la tension du courant de 160 volts, le prix de la charge est le même pour un accumulateur que pour 40 à 45.

Pour de plus amples détails importants, nous renvoyons le lecteur au travail original.

ACTES DU PREMIER CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ITALIENNE DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

Tenu à Rome, les 26, 27, 28 octobre 1892,

Publiés par les soins des Prof^{rs} FASANO, GRAZZI et MASSEI.

Prof^r F. MASSEI. — *Évolution, nature et traitement des papillomes du larynx.*

Certaines particularités de l'évolution des papillomes peuvent servir à nous former une idée sur la nature de ces productions morbides et sur les indications thérapeutiques qu'elles fournissent. Ces particularités sont les suivantes : développement progressif, chute éventuelle et expulsion dans un effort de toux,

poussées inflammatoires sous l'influence d'irritations mécaniques ou de l'action de microbes phlogogènes, processus ulcératifs à l'occasion de poussées phlegmasiques particulièrement intenses, enfin et surtout régression spontanée dont sont susceptibles un bon nombre de ces polypes. Si, en effet, la tendance à la diffusion et à la repullulation est la règle pour ces tumeurs, il n'en est pas moins vrai que des masses énormes, remplissant tout le larynx et produisant des accidents inquiétants de laryngosténose peuvent, après que la trachéotomie a conjuré le péril imminent, disparaître spontanément et parfois avec une rapidité surprenante.

L'existence de cette phase involutive chez quelques papillomes autorise, ce semble, à admettre que si certains de ces polypes se rapprochent des fibromes, ainsi que l'enseigne Virchow, d'autres peuvent être considérés, au point de vue clinique tout au moins, comme des productions inflammatoires, comme de simples granulomes.

En raison de ces particularités, la thérapeutique agressive (laryngofissure, laryngectomie) inaugurée dans ces derniers temps semble hors de mise. L'opération par les voies naturelles et, au besoin, la trachéotomie suffisent à tous les cas. La destruction sur place à l'aide de caustiques est un moyen infidèle; il ne paraît réussir que dans les cas où la tumeur est déjà entrée dans la voie régressive. L'ablation avec les instruments est plus efficace; l'auteur préconise l'emploi de la curette, à laquelle les diverses régions du larynx sont plus accessibles qu'à la pince ou à l'anse. Il a obtenu d'excellents résultats en faisant suivre chaque curettage d'une application locale d'ichtyol en solution aqueuse au dixième et de pulvérisations du même médicament en solution au centième. Si, malgré ce traitement, les papillomes repullulent et produisent des accidents menaçants d'asphyxie, il ne faut pas hésiter à pratiquer la trachéotomie qui n'est pas seulement un souverain palliatif, mais aussi un moyen de guérison radicale.

Prof^r V. GRAZZI. — *Deux cas de papillomes de la luette.*

Les deux malades dont il s'agit étaient âgés l'un de 25, l'autre de 29 ans; tous les deux étaient de grands fumeurs. Ils se plaignaient de râclement dans la gorge, de sensation d'ardeur et de corps étranger, de poussées d'angines à répétition. Les tumeurs avaient la grosseur d'un grain d'orge; l'une était pédicu-

lée et fut excisée; l'autre était sessile et fut enlevée à la cuvette.

Dr L. AJELLO. — Des phénomènes laryngés et trachéaux dans le goître.

D'une étude sur sept cas de goître, l'auteur tire les conclusions suivantes : les phénomènes de compression les plus dangereux dans le goître sont ceux qui portent sur la trachée et les récurrents; la compression du larynx est la moins périlleuse. La compression des récurrents peut amener du spasme de la glotte, de la contracture ou une paralysie complète des cordes; ces facteurs de la dyspnée, qui est tantôt intermittente, tantôt continue, dépendent du degré de la compression; ils se succèdent ordinairement dans l'ordre de leur énumération et sont l'indice d'altérations dynamiques et organiques des troncs nerveux. Il n'y a pas de rapport constant entre le développement du goître et l'intensité de la dyspnée. La notion exacte de la cause de la dyspnée est un guide précieux pour le pronostic.

Dr A. DAMIENO. — Note histologique sur un cas de pachydermie du larynx.

A la face supérieure de la corde vocale gauche de l'un de ses malades, D. distingua une petite plaque étalée, surélevée de quelques millimètres, de couleur argentée, qui, extraite par Massei et soumise à l'examen histologique, montra les caractères typiques d'une production pachydermique.

Contrairement à Krause, D. pense que la pachydermie ne peut aboutir à la transformation cancéreuse.

Dr F. EGIDI. — Épithélioma du larynx.

L'auteur rapporte un cas d'épithélioma du larynx dans lequel la trachéotomie fut nécessitée par des accidents menaçants de laryngosténose; à peine les trois premiers anneaux de la trachée étaient-ils incisés qu'il se fit une hémorragie intratrachéale abondante suivie de mort par suffocation; le sang provenait vraisemblablement de la muqueuse enflammée, gonflée, hyperémisée. A ce propos, E. fait remarquer que la laryngectomie est une opération très rationnelle dans le cancer; un certain nombre d'individus qui ont subi cette opération depuis plusieurs années sont encore vivants. La trachéotomie, au contraire, n'apporte qu'un soulagement passager; à sa suite on observe souvent une

loux persistante, une expectoration sanieuse abondante, des hémorragies fréquentes, une dysphagie pénible, des phénomènes d'auto-intoxication, enfin des accès de suffocation lorsque la tumeur envahit la trachée.

PROF A. FASANO. — *Nouvelle contribution à l'étude de la symbiose de la syphilis et de la tuberculose laryngées.*

A propos de deux malades chez lesquels des lésions de tuberculose laryngée galopante succédèrent à des lésions syphilitiques du larynx, l'auteur se livre à des considérations purement théoriques sur l'action réciproque du bacille de Koch et du microbe hypothétique de la syphilis.

DR V. GARZIA. — *Pemphigus buccal et pharyngé.*

Pemphigus primitif de la bouche et du pharynx chez un homme de 65 ans; les manifestations bucco-pharyngées durèrent deux mois; au bout de ce temps apparurent des bulles de pemphigus à la peau. Dans les cas de ce genre, le diagnostic est toujours difficile, tant qu'il ne se produit pas de manifestations cutanées, car, sur les muqueuses, la lésion élémentaire ne s'observe jamais à son stade initial. L'aspect des lésions est celui de condylomes confluent.

DR S. MARANO. — *Épithélioma primitif de l'amygdale gauche.*

Femme de 64 ans qui refusa toute intervention.

Mort. Diagnostic confirmé par l'examen histologique.

Id. — *Les paralysies du voile du palais dans l'influenza.*

M. a observé cinq cas de paralysie du voile du palais consécutive à la grippe. La guérison se fit spontanément dans un cas; elle fut aidée dans les autres par un traitement électrique. Ces paralysies post-grippales ont vraisemblablement une origine périphérique et sont dues à l'action des toxines microbiennes.

DR G. STRAZZA. — *Diagnostic et traitement des maladies des sinus annexés aux fosses nasales.*

Après avoir rappelé l'existence de néoplasmes des sinus, l'auteur insiste sur les collections muqueuses (mucocèles) et purulentes de ces cavités. En ce qui concerne le diagnostic des sinusites maxillaires, S. n'attache qu'une importance médiocre aux résultats fournis par l'éclairage électrique; le seul signe de

certitude est fourni par la ponction exploratrice pratiquée de préférence par le méat inférieur. Comme moyen de traitement, il conseille d'essayer d'abord de la méthode de Hartmann (lavages par l'hiatus semi-lunaire). Si elle est inapplicable ou inefficace, on perforera la paroi antérieure de l'antre au niveau de la fosse canine à l'aide d'un trépan monté sur un tour de dentiste; la perforation sera agrandie par les moyens ordinaires, de façon à permettre l'introduction d'un spéculum de Zaufal modifié et l'inspection de la cavité; tamponner ensuite avec de la gaze iodoformée et prescrire des lavages fréquents de la bouche.

Comme traitement de l'empyème du sinus frontal, S. préconise le cathétérisme et la dilatation du canal fronto-nasal, opération qu'il est parfois nécessaire de faciliter par l'ablation préalable de masses polypeuses ou de l'extrémité antérieure du cornet moyen. Dans les cas rebelles, trépaner la paroi antérieure du sinus.

Le diagnostic de la suppuration des cellules ethmoïdales n'est facile que si la cavité atteinte est fortement dilatée et s'accompagne de nécrose osseuse; lorsque ces signes font défaut, le diagnostic ne s'établit que par exclusion. Le traitement consiste dans l'ouverture de la cavité suppurante, l'ablation des fongosités et des séquestres, et les lavages détersifs.

La suppuration du sinus sphénoïdal, si rarement observée en clinique, ne saurait être soupçonnée que si les affections des autres sinus peuvent être éliminées avec certitude; ordinairement le pus est plus abondant dans la fente olfactive et à l'extrémité postérieure des cornets. Le traitement doit se borner au cathétérisme et aux irrigations; toutefois, si la suppuration persiste, s'il y a carie des parois du sinus, on doit trépaner selon les règles indiquées par Zuckerkandl, Schäffer et Schech.

Dr J. DIONISIO. — Sur les déviations de la cloison du nez et leur traitement.

En cas de déviation de la cloison, D. ne croit pas qu'il suffise d'enlever la portion déviée par un trait de scie vertical et rectiligne. Pour donner plus de largeur à la fosse nasale, il se sert d'un instrument de son invention qui permet d'enlever un morceau cunéiforme de la portion déviée et épaissie, de façon à substituer une concavité à la gibbosité. Suit la description de l'instrument.

Id. — Sur la tuberculose nasale.

D. a observé cette affection chez deux malades à titre de localisation tuberculeuse isolée; chez l'un, la lésion se présentait sous la forme d'une tumeur polypeuse insérée sur la cloison; chez l'autre, c'était une ulcération étendue ayant perforé le septum en plusieurs points et entourée de granulations. Dans les deux cas, l'examen histologique et bactériologique montra la nature tuberculeuse des lésions. Le premier est le plus intéressant, car, sur les soixante-quatre cas de tuberculose nasale publiés jusqu'à ce jour, il n'y en a que trois ou quatre qui aient présenté l'aspect de véritables tumeurs tuberculeuses.

Prof^r A. FASANO. — *Le traitement mercuriel dans quelques scrofulides du nez, symptomatiques d'une syphilis occulte.*

Il existe chez des personnes non scrofuleuses des lésions du nez qu'on ne saurait différencier cliniquement des scrofulides, et qui résistent cependant au traitement antiscrofuleux; par contre, elles guérissent rapidement et définitivement par le traitement antisiphilitique. L'auteur en a observé trois cas; dans l'un d'eux, pris pour exemple, il existait une tuméfaction douloureuse des parties molles du nez, un épaissement de la pituitaire recouverte de croûtes jaunes sans ulcérations sous-jacentes, du gonflement de la lèvre supérieure fissurée sur la ligne médiane, de la tuméfaction des joues avec défiguration du visage. Tandis que le traitement antistrumeux resta sans résultats, le traitement local avec le sozoiodol de mercure et les injections hypodermiques de sublimé amenèrent une guérison définitive. Il s'agit, selon F., d'une forme nouvelle de syphilis produisant des lésions distinctes de l'infiltration gommeuse et des lésions osseuses; c'est une syphilis occulte et latente.

Deana, syphiligraphie américain, a rapporté quelques exemples analogues sous le nom de syphilis larvée.

Prof^r F. MASSEI. — *Sur le traitement des grosses tumeurs nasopharyngiennes.*

Étant donnée la gravité des opérations préliminaires nécessaires pour l'ablation de ces tumeurs au bistouri, M. soutient, avec deux exemples à l'appui (un fibro-sarcome et un fibromyxome), qu'elles peuvent, pour la plupart, être enlevées à l'anse galvanique.

Prof^r V. MORRA. — *Études cliniques sur l'ozène.*

L'auteur soutient cliniquement l'origine parasitaire de la maladie. Il différencie l'ozène de la rhinite fétide et de la rhinite atrophique; cette dernière serait une conséquence de l'action prolongée des parasites. L'ozène peut être modifié favorablement par les parasitocides : acide borique, aseptol, résorcine, menthol, thymol.

Id. — *Sur une guérison rapide d'asthme nasal.*

Homme de 62 ans atteint de catarrhe subaigu du nez avec asthme réflexe, guéri en deux séances de traitement par des irrigations alcalines et des badigeonnages intranasaux avec une solution de chlorhydrate de cocaïne à 1/20.

Dr V. NICOLAI. — *Présentation d'une scie circulaire pour quelques opérations chirurgicales du nez et d'un laryngoscope électrique.*

Instruments ingénieux, mais qui ne semblent pas très pratiques.

Dr G. ISAIA. — *Contribution à la thérapeutique de l'otite moyenne purulente chronique des sujets scrofuleux et de la rhinite chronique croûteuse.*

I. a traité avec succès ces affections par l'application locale de balsamiques employés purs ou en solution alcoolique. En modifiant la quantité et la qualité des sécrétions, ces substances rendent la surface suppurante moins apte à se prêter au développement des microbes en général et du bacille de Koch en particulier.

Dr C. POLI. — *Sur la morve chronique à manifestations nasales.*

Homme de 16 ans, porteur d'une ulcération à caractères spéciaux de la muqueuse du nez et du pharynx; pas de bacilles dans l'écoulement nasal. La nature morveuse de l'affection fut démontrée par l'inoculation aux animaux.

D^r C. CORRADI. — *Importance diagnostique de la perception des sons par les voies crânienne et aérienne dans les maladies de l'oreille.*

Dans un long travail sur ce sujet, l'auteur, après avoir énuméré les divers instruments qui servent à l'examen de la perception des sons par les voies aérienne et osseuse, passe en revue les nombreuses épreuves de l'ouïe proposées par Weber, Rinne, Schwabach, Hartmann, Bing, Gellé, Gruber, Lucæ, Baumgarten, Eitelberg, etc. Il s'attache à montrer le parti qu'on peut tirer de chacune de ces méthodes, sans oublier d'indiquer les diverses causes d'erreur auxquelles elles exposent et les précautions minutieuses qu'exige leur emploi. En ce qui concerne la recherche de la sensibilité pour les sons bas et élevés, il critique les méthodes employées par Hartmann et par Gradenigo, et expose un procédé qui lui est propre; ce procédé consiste à déterminer d'abord la distance à laquelle un son donné est perçu par l'oreille malade, puis, dans un second temps, à fixer la durée de la perception de ce son simultanément pour le malade et pour un individu sain placé à côté de celui-ci. Dans la dernière partie de son travail, qui est certainement la plus intéressante, C. expose les résultats obtenus, tant au point de vue physiologique qu'au point de vue pathologique, à l'aide des principales méthodes qu'il a décrites.

Prof^r G. GRADENIGO. — *Sur l'énergie fonctionnelle des nerfs acoustiques.*

Un caractère souvent rencontré par G. dans les surdités dues à des lésions du nerf acoustique est l'exagération de l'épuisement de l'énergie auditive; le pouvoir auditif, qui paraît normal au début de l'examen, va en diminuant à mesure qu'on prolonge celui-ci. Ce symptôme se présente aussi dans les affections de la caisse et du labyrinthe chez des personnes nerveuses et irritables, mais il est alors bien moins marqué; il semble donc qu'il puisse être considéré comme propre aux affections du nerf acoustique.

Id. — *Un nouveau modèle d'acoumètre ostéo-tympanique.*

Cet instrument permet de mesurer beaucoup plus exactement qu'avec la montre le pouvoir de transmission d'un son faible par la voie ostéo-tympanique. La construction est basée sur ce principe que si l'on fait passer un courant électrique interrompu

à travers une bobine, celle-ci donne un son en rapport avec le nombre des interruptions. L'acoumètre de l'auteur fournit un *do* bas avec 128 vibrations simples. Les résultats obtenus sont les suivants.

1° L'acoumètre placé sur le vertex n'est perçu qu'au-dessous de 25 ans; 2° dans les affections de l'appareil de transmission où un diapason (*do*), placé sur le vertex, est perçu par l'oreille malade, l'acoumètre, appliqué sur le même point, est perçu par l'oreille saine, ce qui ne peut tenir qu'à une différence dans l'intensité du son; 3° le pouvoir de transmission ostéo-tympanique est diminué dans toutes les maladies de l'oreille moyenne; si l'on place l'acoumètre successivement sur chaque apophyse mastoïde, et si l'on cherche le minimum d'intensité que doit avoir le son pour être perçu, on constate que ce son doit être plus intense du côté malade ou le plus malade; 4° quand l'acoumètre placé sur le vertex est entendu, on peut juger du pouvoir de transmission des os du crâne en comparant le minimum d'intensité du son perçu au vertex avec le minimum d'intensité du son perçu au niveau de l'apophyse mastoïde; 5° l'instrument donne de précieuses indications sur l'état des fenêtres labyrinthiques et du labyrinthe.

Prof^r V. — GRAZZI. *Résultats fournis par l'examen des oreilles de tous les pensionnaires de l'Institut royal Victor-Emmanuel pour les enfants aveugles, à Florence.*

Contrairement à l'opinion généralement admise que la perte d'un sens est compensée par l'exquise sensibilité d'un autre, l'auteur a fréquemment observé des troubles auriculaires chez les jeunes aveugles.

Prof^r V. — GRAZZI. *Le rôle de l'otologiste et du laryngologiste dans les Instituts et Ecoles de sourds-muets.*

G. ayant été appelé à remplir le rôle d'otologiste et de laryngologiste à l'Institut des sourds-muets de Sienne, a constaté par lui-même les services que peut rendre un spécialiste dans les établissements de ce genre. Il émet le vœu qu'un oto-laryngologiste soit attaché à chacun de ces établissements, dont beaucoup, surtout en Italie, en sont dépourvus.

Prof^r G. MASINI. — *Diagnostic des maladies du labyrinthe.*

M. cherche à se guider dans ce diagnostic sur le pouvoir de perception de l'oreille pour des sons qui diffèrent par le timbre,

la hauteur et l'intensité. A cet effet, il a fait construire un instrument à peu près semblable à celui dont se servent les oculistes pour délimiter le champ visuel. Il est arrivé ainsi à tracer une série de champs correspondant à la perception de chaque son par une oreille normale. Le résultat des recherches de M. dans les cas pathologiques sera publié ultérieurement.

Dr V. NICOLAÏ. — *Contribution à l'étude de l'empyème de l'antre d'Highmore.*

Histoire de six cas de sinusite maxillaire ayant tous pour origine vraisemblable l'extraction maladroite ou incomplète d'une dent. Des lavages avec des solutions de résorcine et des injections d'éther iodoformé dans la cavité de l'antre par la voie alvéolaire ont donné de meilleurs résultats que tous les autres moyens.

Dr F. EGIDI. — *Sur deux cas de croup chronique.*

Travail déjà analysé dans ces *Annales* (n° d'octobre 1893).

Dr G. STRAZZA. — *Recherches bactériologiques sur l'ozène.*

Dans 25 cas d'ozène, l'auteur a trouvé dans le produit de grattage de la muqueuse, préalablement débarrassée de croûtes, un bacille encapsulé qu'il n'a jamais rencontré dans la rhinite chronique simple ni dans la rhinite syphilitique. Ce bacille se développe dans tous les milieux de culture, ne liquéfie pas la gélatine, prend les couleurs d'aniline, mais seulement sur ses contours et ses extrémités, un espace clair restant au centre ; c'est un anaérobie facultatif ; il est immobile et ne produit pas de spores apparentes. Il est pathogène pour les cobayes qui succombent 24 ou 48 heures après l'inoculation. Les cultures n'ont pas d'odeur notable. Il se différencie du bacille de rhinosclérome en ce qu'il ne prend pas le Gram et par ses dimensions plus petites.

Dr I. FIACCARINI. — *Angine diphtérique simple et scarlatineuse.*

F., pénétré de l'importance du traitement local dans la diphtérie, s'est servi avec succès de la solution suivante : chlorure de zinc, 10 à 20 centigrammes ; sublimé, 5 à 10 centigrammes ; eau distillée et alcool à 40°, 100 à 200 à 300 grammes. Les applications sont faites trois ou quatre fois par jour avec un porte-queue.

Profr MAIocchi. — *Actinomyose de la bouche et du larynx.*

Sur les muqueuses de la bouche et du larynx, l'actinomyose se développe sous des aspects divers : concrétions, forme nodulaire, forme ulcéro-fongueuse, forme papillomateuse.

Les *concrétions* se forment lorsque le champignon, restant quelque temps à la surface de la muqueuse, trouve dans l'épithélium une barrière infranchissable ; il se recouvre alors de l'épithélium qui desquame, cesse de végéter et est envahi par les sels calcaires. M. a vu un cas typique de concrétion actinomycotique du canal de Warthon.

La *forme nodulaire* est constituée par des amas multiples de champignons dans l'épaisseur de la muqueuse. Ces nodules sont d'abord durs ; plus tard ils dégénèrent et subissent la fonte purulente, le plus souvent parce qu'ils sont pénétrés par des organismes pyogènes. Il en résulte la formation de cratères par lesquels sort une matière jaune, d'aspect caséeux, renfermant les actinomycètes (*forme ulcéreuse*). L'existence de ces lésions chez l'homme est sans doute moins rare qu'on ne croit, mais elles ont été confondues jusqu'ici soit avec des nodules de lupus, soit avec des ulcérations scrofuleuses.

Dans la *forme papillomateuse*, au lieu de rencontrer au milieu de la tumeur une hypertrophie du tissu conjonctif papillaire, comme dans les papillomes vulgaires, on distingue ça et là de nombreux grains d'actinomyose. Ces diverses formes, étudiées surtout sur la langue, les amygdales, le larynx et les fosses nasales du bœuf, ont été aussi rencontrées chez l'homme.

Les éléments de diagnostic sont fournis par l'aspect des lésions, la chronicité du processus, l'absence constante d'adénite et de périadénite, l'examen microscopique des grains actinomycosiques.

D^r G. FICANO. — *Sur un cas de mutisme hystérique.*

A propos d'un cas de paralysie hystérique des deux cordes vocales, qu'il décrit sous le nom de mutisme sans justifier ce titre, l'auteur émet les propositions suivantes : 1^o le mutisme hystérique peut guérir spontanément par une impression quelconque ; 2^o la guérison en est d'autant plus difficile que le sujet est plus intelligent ; 3^o le meilleur de tous les remèdes est le courant électrique qui agit, ainsi que les autres moyens, par suggestion ; 4^o il faut employer le moins possible l'hypnotisme et seulement dans les cas graves.

Prof^r F. MASSEI. — *Nouveaux tubes laryngés pour intubation.*

Les dimensions du larynx chez les adultes sont très variables; il existe des larynx énormes avec des rétrécissements très serrés, et des larynx relativement petits avec une sténose modérée. Dans le premier cas, il faut des tubes à grosse tête et à corps mince; dans le second le calibre de la canule doit être large et la tête plutôt petite. Les nouveaux tubes qu'a fait construire M. répondent à ces besoins.

Prof^r F. MASSEI. — *Un cas de sténose hypoglottique.*

C'est le troisième cas de ce genre observé par l'auteur. Un homme robuste de 40 ans fut pris, à la suite d'une affection fébrile de nature inconnue, d'une gêne respiratoire qui alla progressivement en augmentant; au bout de neuf mois, il existait des phénomènes graves de sténose des premières voies respiratoires avec frémissement vibratoire au niveau des deux premiers anneaux de la trachée, cordes se rapprochant bien dans la phonation; dans l'inspiration on aperçoit à 3 ou 4 millimètres au-dessous des cordes une cloison blanche, fibreuse, formée de deux parties latérales qui se rapprochent comme de fausses cordes en laissant en arrière un espace étroit en forme de triangle allongé, large de 4 millimètres, long de 6 à 7. Le traitement fut le suivant: cocaïnisation, division du diaphragme avec le couteau, curettage et enfin, pour élargir les voies et réduire par la compression les débris restants de tissu néoformé, intubation.

Dr F. EGIDI. — *Sur 82 trachéotomies et 84 intubations.*

Etude statistique des cas de trachéotomie et d'intubation pratiquées par l'auteur depuis 1885, pour les affections les plus diverses chez des adultes et chez des enfants. En ce qui concerne le croup, l'intubation a fourni des résultats analogues à ceux de la trachéotomie. D'avril 1889 à août 1892, la proportion des guérisons s'est abaissée de moitié, par rapport aux années précédentes, aussi bien pour la trachéotomie que pour l'intubation. L'auteur voit la raison de cette différence dans des conditions cosmo-telluriques spéciales et dans un genre épidémique particulier dû avant tout à l'influenza.

Prof^r G. MASINI. — *La physiologie pathologique du récurrent.*

Dans un travail antérieur publié en 1890, l'auteur a recherché

s'il existe dans le récurrent des fibres présentant des degrés de résistance différents aux traumatismes divers portant sur l'ensemble du tronc nerveux; il s'est attaché à reconnaître si les stries des cylindres-axes persistent sur certaines fibres plutôt que sur d'autres. Il n'a jamais trouvé de différence entre ces fibres dans la longueur du nerf; s'il en existe, ce ne peut être qu'au voisinage de l'écorce cérébrale. Il n'a jamais pu isoler par l'expérimentation des fibres se rendant plus spécialement aux crico-aryténoïdiens postérieurs ou aux autres muscles.

Dans des expériences plus récentes, il s'est attaché à contrôler le résultat des études de Burkard et de Krause sur le récurrent sectionné. On sait que le premier de ces auteurs avait obtenu, par l'excitation électrique du bout central du nerf, l'arrêt du diaphragme en inspiration; Krause, de son côté, avait obtenu avec une excitation légère un mouvement de déglutition, puis avec une excitation un peu plus forte une contraction de la corde vocale du côté opposé au nerf coupé; en prolongeant l'excitation il obtint des mouvements plus rapprochés et enfin une adduction complète de la corde qui paraissait contracturée. Les expériences de M. faites sur des chiens, dont le larynx fut examiné par des assistants non au courant du but poursuivi, ont donné des résultats identiques: à chaque excitation, position inspiratrice du diaphragme, adduction de la corde opposée. Cette contraction est évidemment d'origine réflexe et résulte de la présence de fibres centripètes dans le récurrent.

Pour se rapprocher des conditions qui se réalisent chez l'homme dans le goître ou les anévrismes, M. a cherché à produire une compression lente et graduelle du récurrent à l'aide d'une fève qu'il perfora et dans laquelle il introduisit le nerf; la plaie ayant été fermée, le chien fut mis en observation. Quand la fève commença à se tuméfier et à comprimer le nerf, c'est-à-dire au bout de 2 ou 3 jours, on constata les mêmes phénomènes que ci-dessus; les cordes et les aryténoïdes prirent exactement la même position qu'à la suite des compressions de nature pathologique. M. a eu l'occasion de contrôler ces résultats expérimentaux sur un goîtreux dont l'un des lobes du corps thyroïde était calcifié, et qui souffrait d'accès de suffocation dus à l'adduction exagérée des cordes vocales. En titillant le fond de la gorge et en faisant mouvoir la tête du malade, on provoquait des accès de spasme dans lesquels la contraction de la corde du côté opposé au récurrent comprimé jouait le principal rôle. Le goître enlevé, les accès disparurent.

Prof^r P. MASUCCI. — *Contribution au traitement local des paralysies hypokinétiques du larynx.*

Dans différents cas de paralysies laryngées (paralysie du crico-thyroïdien par névrite du laryngé supérieur, paralysie complète d'une corde vocale, paralysie des adducteurs de la corde vocale droite consécutive à l'influenza, paralysie hystérique des crico-aryténoïdiens latéraux), l'auteur a appliqué avec succès le traitement par le massage vibratoire endo-laryngé.

Prof^r G. MASINI. — *Recherches nouvelles sur les centres corticaux du larynx.*

Les éléments de cette communication se retrouvent dans un travail plus complet que M. a publié récemment sur le même sujet et qui a été déjà analysé dans ces *Annales* (octobre 1893).

Dr V. NICOLAÏ. — *Traitement de la phtisie laryngée.*

A propos d'un cas de phtisie laryngée qui fut traité avec avantage par les injections de tuberculine, les badigeonnages à l'éther iodoformé et au sublimé, en dernier lieu enfin par le curetage, l'auteur insiste sur la nécessité d'associer à ces moyens une bonne nourriture et une bonne hygiène.

Dr V. NICOLAÏ. — *Néoformation laryngée.*

L'intérêt du cas consiste dans la difficulté du diagnostic, qui ne put être précisé même après l'autopsie. Homme de 24 ans, début des accidents en 1890 par l'altération du timbre de la voix et une légère douleur à la déglutition. En novembre 1891, aphonie, infiltration à forme papillomateuse des aryténoïdes, des vraies et des fausses cordes, exulcération au point d'union de la vraie et de la fausse corde gauches avec l'aryténoïde correspondant ; pas de lésions pulmonaires, pas de bacilles dans les crachats. Après examen microscopique d'une portion de tissu malade enlevée à la curette, on porte le diagnostic de *filre-kysto-adénome* ; après un second curetage, l'examen histologique fait porter celui de *tuberculose laryngée*. A partir de janvier 1892, dépérissement, vives douleurs à la déglutition, toux, expectoration abondante, fièvre, râles dans la poitrine ; au larynx, végétations irrégulières sur les vraies et fausses cordes. Mort à la fin de mai de tuberculose miliaire aiguë. L'examen histologique *post mortem* fait conclure à une *simple hyperplasie*

conjonctive des tissus muqueux et sous-muqueux sans trace des formes morbides rencontrées pendant la vie.

On peut se demander s'il s'est agi d'une tuberculose laryngée primitive, précédée de laryngite chronique, ou de deux lésions tuberculeuses et néoplasiques concomitantes. Peut-être enfin l'intervention opératoire a-t-elle été l'origine d'une tuberculose laryngée par inoculation qui s'est ensuite généralisée ?

Dr F. FELICI. — *La saccharine dans l'ozène nasal.*

F. a traité l'ozène par les lavages biquotidiens avec une solution de saccharine à 1 ou 1,5 pour 500 grammes d'eau. Il a obtenu le guérison chez des malades qui ne présentaient qu'une sécrétion verdâtre avec odeur mauvaise, sans lésions des fosses nasales. Les malades dont les cornets étaient atrophiés ou hypertrophiés furent seulement améliorés ; on arriverait peut-être à les guérir en remplissant les fosses nasales de tampons d'ouate imprégnés d'une solution de saccharine.

Dr F. FELICI. — *Guérison d'un cas de syphilis labyrinthique bilatérale.*

Cas typique de syphilis labyrinthique, remarquable par la précocité de son développement (5 mois après la contagion, malgré un traitement spécifique énergique suivi pendant 3 mois) et par sa prompte résolution ; au bout de 2 mois le malade entendait parfaitement à gauche ; à droite la parole était perçue à 4 mètres. Le traitement consista dans l'application de sangsues à l'apophyse mastoïde et l'emploi de dérivatifs intestinaux pendant les premiers jours, et ensuite dans la médication antisypilitique. L'auteur tend à croire qu'il s'est agi chez son malade d'une hémorragie labyrinthique.

M. BOULAY.

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE BERLIN

Compte rendu par le Dr EDM. MEYER.

Séance du 3 novembre 1893.

Après l'ouverture de la séance par le président *B. Fraenkel*, *Landgraf* exprime la satisfaction causée à la Société par la création d'une clinique laryngologique confiée à la direction de *Fraenkel*, qui remercie les assistants de leurs vœux.

Heymann présente un cas de papillome de la pointe de la langue.

Lublinski communique un cas de papillome de la grosseur d'une cerise, situé à la limite de la voûte palatine et du voile du palais.

Heymann rapporte trois cas d'atrésie syphilitique du larynx.

1^o Femme de 31 ans, infectée depuis quatre ans. En décembre dernier, ulcère profond du pharynx qui, malgré le traitement local et général, s'étend au voile et au larynx. Ensuite, angine intercurrente et péri-amygdalite accompagnée d'une violente dyspnée qui nécessite la trachéotomie; le traitement ioduré amène une prompte guérison. État actuel : soudure du voile à la paroi pharyngée postérieure ne laissant qu'une petite ouverture. Formation d'une membrane entre la base de la langue et la paroi pharyngée postérieure, et, dans celle-ci, une ouverture ovale dont le centre ne laisse pas exactement passer le petit doigt. L'épiglotte adhère à la base de la langue. La motilité de la moitié droite du larynx est restreinte.

H. croit que la trachéotomie a eu une heureuse influence sur la guérison des ulcérations.

2^o Soudure du voile à la paroi pharyngée postérieure. Anomalie de la luette. Perforation de la voûte palatine. Immobilité du cartilage aryénoïde droit. Au-dessous de la corde vocale une membrane recouvrant les 4/5 de la glotte.

3^o Fillette de 11 ans. Adhérence du voile à la paroi pharyngée postérieure. Cicatrice isolée de la base de la langue provenant d'une gomme guérie par le traitement ioduré. Atrésie des ventricules. Sur le visage une affection cutanée que H. regarde

comme syphilitique, bien que la malade subisse la réaction d'injections de tuberculine.

A. Rosenberg : 1^o Affection primitive de l'amygdale gauche. Ulcération profonde avec base et bords infiltrés. Au bout d'environ six semaines, roséole et plaques muqueuses. Le malade s'est servi du même récipient de café que ses camarades, ouvriers atteints de maladies sexuelles.

2^o Ulcération profonde de la base de la langue, anomalie de l'épiglotte. Le moignon de l'épiglotte est soudé à la base de la langue. Le ventricule et la corde vocale droite sont gonflés, rougis, et leur motilité est restreinte.

3^o Épiglotte projetée en arrière par des cicatrices des replis ary-épiglottiques. Le cartilage aryénoïde manque. Les cordes vocales sont juxtaposées, elles ne s'écartent que dans le tiers postérieur en une fente triangulaire. Par la dilatation, on peut transformer l'adduction des cordes vocales en position cadavérique.

Demme montre le crâne d'une femme présentant une anomalie de la cloison nasale et une atrophie prononcée des cornets consécutive à la syphilis.

Dans la discussion, *Behrendt* dit que l'affection cutanée du troisième cas de *Heymann* doit être considérée comme du lupus, car, après la chute des croûtes, les ulcérations se recouvrent de granulations flasques.

Lublinski est du même avis pour ce qui concerne le larynx.

B. Fraenkel ne considère pas la formation de membranes comme caractéristique de la syphilis, ayant pu observer des formations de membranes dans la tuberculose.

Sandmann décrit un procédé graphique d'exploration nasale. Il emploie un morceau de carton recouvert de papier, que l'on tient horizontalement devant le nez. Quand le passage dans le nez a lieu normalement, l'image revêt la forme d'un papillon, mais elle est modifiée dans les cas de sténose unilatérale.

Scheinmann considère ce procédé comme sans valeur, puisqu'il n'offre aucun point de repère pour le passage de l'air inspiré à travers le nez.

Sandmann, par des expériences physiologiques, a observé avec certitude l'égalité entre l'inspiration et l'expiration.

A la fin de la séance, *Heymann* présente le fantôme laryngien d'*Onodi*, qui fait voir particulièrement bien les nerfs.

Infection staphylococcique : otite, méningite et arthrite suppurées, broncho-pneumonie; mort par LE GENDRE et BEAUSSENAT. (*Bull. et mém. soc. méd. hôp.*, n° 28, p. 577, 28 juillet 1892.)

Deux catégories d'accidents graves peuvent accompagner ou suivre l'otite suppurée; tantôt il s'agit d'anciennes suppurations de l'oreille qui, au bout d'un temps fort long, engendrent des complications du côté de l'encéphale (phlébite des sinus, méningites, abcès du cerveau); tantôt on observe, presque aussitôt après l'apparition de la suppuration auriculaire, des accidents septiques généralisés.

Dans le cas suivant, la marche a été si rapide qu'on pourrait se demander si l'infection générale ne s'était pas faite d'emblée, et si l'otite, les accidents cérébraux, articulaires et pulmonaires n'ont pas été des déterminations successives de cette infection, dont l'agent unique était un staphylocoque.

Homme de 47 ans, pris en pleine santé d'une violente céphalalgie hémicranienne; le lendemain, douleur excessive de l'oreille droite; le surlendemain, écoulement de pus abondant par cette oreille; en même temps, le malade se met à délirer; 40°, 4 le quatrième jour. Symptômes de méningite et de broncho-pneumonie. Le sixième jour, douleur du genou droit qui rapidement se tuméfie et d'où l'on extrait, deux jours plus tard, un demi-verre de pus jaunâtre. Mort le neuvième jour, après des alternatives de délire et de coma violent. A l'autopsie, dans le pus de l'oreille, des méninges, de l'articulation, on trouve un seul microorganisme, le staphylocoque doré.

Dans l'otite à marche lente, l'antisepsie de la cavité suppurante (injection de sublimé par les trompes) peut donner les meilleurs résultats; mais dans le cas actuel à marche foudroyante, l'antisepsie ne pouvait plus rien, puisque déjà la méningite existait.

M. L.

Contribution à l'anatomie et à l'embryologie de l'oreille moyenne et de la membrane tympanique chez l'homme et chez les mammifères, par ROBERT DREYFUSS. (*Archives intern. de laryngologie*, t. V, n° 5, p. 274, septembre-octobre 1892.)

Note préliminaire sur une série de recherches embryologiques que D. se propose de publier bientôt d'une façon détaillée. Ces études ont été faites, non point à l'aide d'embryons humains âgés de deux à sept mois, car ceux-ci sont à un stade trop avancé pour la solution de la question en litige, mais à l'aide d'embryons de lapins et de cobayes. D. résume le résultat de ses recherches dans un certain nombre de propositions, dont voici les principales.

Le marteau et l'enclume sont dérivés du premier arc viscéral et en représentent l'extrémité proximale. Ces deux osselets ne forment à l'origine qu'une simple baguette sans apophyse.

Le manche du marteau et la branche inférieure de l'enclume se développent simultanément de la baguette commune du squelette du premier arc viscéral. La branche supérieure de l'enclume ne se développe que plus tard.

Il n'est pas possible actuellement d'attribuer l'anneau de l'étrier soit au premier, soit au second arc viscéral. L'anneau de l'étrier forme à lui seul le futur étrier; la lame périchondrale primaire de la fenêtre ovale est une formation transitoire et ne se transforme pas en la future base de l'étrier.

L'apophyse lenticulaire de l'enclume n'est pas une formation indépendante, mais seulement la pointe extrême de la branche inférieure de l'enclume qui se développe en dernier lieu.

La pyramide n'est pas à l'origine de nature cartilagineuse, mais naît de l'ossification du tissu conjonctif qui revêt le muscle de l'étrier.

Le tympan est situé à la place du premier sillon branchial et se compose dès l'origine de trois couches : l'épithélium interne, la couche mésodermale, et l'épithélium externe. La couche moyenne du tympan est une partie non ossifiée de l'anneau tympanique.

La partie supérieure de la future cavité tympanique est remplie, chez le fœtus, de tissu muqueux; dans ce tissu sont développés les osselets de l'ouïe, dont il n'existe aucun dans la cavité libre.

Le manche du marteau se développe de très bonne heure, et vient se placer entre la membrane propre et la peau du tympan.

L'incisure de Rivinus et la membrane flaccide de Schrapnell marquent le point de sortie du manche du marteau de la cavité supérieure du tympan. En effet, l'anneau tympanique représente un anneau fermé chez les mammifères qui ne possèdent point de manche du marteau, les phoques, par exemple. M. L.

Des plis du pavillon de l'oreille au point de vue de l'identité,
par H. BOULLAND. (*Le Limousin médical*, octobre 1892, n° 10, p. 153.)

Le système d'anthropométrie, établi par M. Bertillon pour reconnaître l'identité des criminels, a pour base la mensuration du corps. Pour qu'il donne des résultats certains, il faut que le sujet n'ait pas grandi depuis que les premières mensurations ont été faites sur lui; or, les criminels sont très souvent des jeunes gens dont la croissance n'est pas terminée.

B. a donc cherché à déterminer des points de repère non modifiables par la croissance, et il a constaté que, dans ce but, aucun organe ne présente des conditions aussi favorables que le pavillon de l'oreille; en effet, cet organe se développe prématurément, et vers la dixième ou douzième année, il atteint son entière évolution et sa forme définitive. De plus, la ressemblance entre enfants et parents se révèle au maximum dans la conformation de l'oreille, côté de la question qui n'est pas négligeable en médecine légale.

Dans la détermination des malformations du pavillon, B. laisse de côté certains caractères généraux qui sont trop aisément modifiables, tels que l'écartement plus ou moins accusé du pavillon par rapport à la paroi latérale de la tête, les rides du lobule, du tragus. Il s'attache surtout à déterminer les variations physiologiques de chaque pli en particulier.

Le lobule peut être hypertrophié ou atrophié, absent ou bifide; son bord présente souvent une ligne brisée au lieu d'une ligne courbe. C'est ce qui a lieu surtout lorsqu'il adhère à la joue. C'est sur lui qu'on observe le plus de lésions de nature traumatique.

L'hélix est également sujet à ces lésions. L'ourlet qui le forme manque souvent par places ou totalement. Par contre, il est fréquent de le trouver plus ou moins exubérant, et alors son bord libre présente l'aspect d'une ligne brisée, dont chaque segment forme la corde de l'arc représenté par son bord adhérent. Ce dernier offre aussi, dans nombre de cas, des contours polygonaux. L'extrémité de l'hélix, qui se termine dans la conque,

peut parfois se prolonger jusqu'à la saillie de l'anthélix qui semble alors présenter trois branches de bifurcation au lieu de deux. C'est la plus rare de toutes les anomalies.

Le tragus et l'antitragus ont souvent aussi leur courbe plus ou moins brisée. La bifidité est surtout fréquente sur le tragus.

L'anthélix est sujet à de grandes variations dans la disposition de ses deux branches terminales, qui tantôt sont plus ou moins écartées, tantôt convergentes et rappellent alors l'aspect d'une pince d'écrevisse. Il arrive quelquefois qu'une des deux branches, surtout la supéro-externe, manque totalement. On observe souvent aussi à la partie moyenne de l'anthélix une couture allant presque jusqu'à l'angle droit. Dans ce cas, on remarque, à peu près toujours en même temps, une autre anomalie qui consiste dans la disparition du bourrelet de l'anthélix à son extrémité inférieure. C'est sur l'anthélix que s'observent le plus souvent les nodules cartilagineux.

Désignant chacun des plis par des chiffres, B. arrive à des combinaisons numériques lui permettant de classer les individus examinés en catégories faciles à retrouver. Le double contrôle établi par l'examen de chaque oreille réduit les causes d'erreur au minimum. Rien d'exceptionnel, du reste, comme de trouver le pavillon de l'oreille conformé d'une façon irréprochable.

M. L.

Sur les fonctions tubo-tympaniques, par Pierre BONNIER. (*Soc. de biologie*, séance du 26 novembre 1892.)

Le neuro-épithélium sensoriel de l'oreille conserve intacts, dans toute la série des êtres, ses caractères ectodermiques. Sa morphologie, son milieu ne subissent que d'insensibles variations. De plus, le contenu de la vésicule otocystique garde une pression que certaines dispositions anatomiques équilibrent toujours avec celle du milieu extérieur; disposition fort simple chez les mollusques, où les appareils otolithiques et otocystiques communiquent directement avec le milieu marin; disposition plus complexe chez certains poissons osseux dont le labyrinthe n'entre plus directement en communication avec le milieu extérieur. Le labyrinthe s'unit alors avec la vessie natatoire, qui envoie vers lui un prolongement bifurqué en cul-de-sac; et c'est par l'intermédiaire de cette vessie natatoire et de son contenu aérien que se fait la régularisation de la tension labyrinthique.

Chez l'homme, le prolongement bifurqué de la vessie natatoire est représenté par la trachée et les deux trompes d'Eustache.

L'orifice membraneux interne du labyrinthe est devenu la fenêtre ronde, l'orifice membraneux externe, la fenêtre ovale; le labyrinthe recevant sur ces deux membranes une pression centrifuge et une pression centripète constamment identiques (l'une et l'autre n'étant que la pression du milieu extérieur s'exerçant sur le tympan et sur la fenêtre ronde après avoir pénétré par les trompes), il suffit donc que la trompe s'ouvre pour que l'équilibre s'établisse instantanément entre les pressions extra et intra-labyrinthique. Pour atteindre ce but, l'arc mandibulaire et l'arc hyoïdien héritent chez l'homme des fonctions dévolues à la vessie natatoire des poissons osseux.

L'arc mandibulaire forme deux muscles tubo-tympaniques : le péristaphylin externe et le muscle du marteau (frénateur tympanique externe); son nerf, le trijumeau, les anime.

L'arc hyoïdien forme deux muscles tubo-tympaniques : le péristaphylin interne et le muscle de l'étrier (frénateur tympanique interne); son nerf, le facial, les anime.

Le péristaphylin externe ouvre la trompe en prenant son insertion fixe sur le voile du palais immobilisé pendant la déglutition; la pression se rétablit dans la caisse; le tympan se porte brusquement en dehors, entraînant d'autant mieux les osselets qu'une même pression s'exerce également sur la fenêtre ronde; mais l'effet extra-physiologique de cette poussée centrifuge exercée sur le liquide labyrinthique est neutralisé par la contraction synergique du muscle du marteau qui s'oppose à l'excès de déplacement de la membrane tympanique en dehors.

Le péristaphylin interne est antagoniste de l'externe dans le cliquement tubaire qui accompagne la déglutition, il est obturateur de la trompe : 1° en relevant les insertions inférieures du péristaphylin externe et s'opposant ainsi à son action dilatatrice; 2° en repoussant en dedans le cartilage tubaire par l'épaississement de sa masse charnue. La trompe fermée, l'élasticité du tympan le ramène en dedans; entraîné par le muscle du marteau, il exercerait une pression centripète exagérée sur le liquide labyrinthique si le muscle de l'étrier ne s'opposait à cette action en immobilisant la chaîne des osselets au moment de ce recul.

Tel est le mécanisme du réflexe tubo-tympanique. M. L.

Syndrome de Ménière. Agoraphobie. Signe de Romberg dans la maladie de Bright, par PIERRE BONNIER. (*Progrès médical*, 31 décembre 1892, p. 531.)

B. rapporte cinq observations de brightiques, atteints de ver-

tige labyrinthique, et chez lesquels le seul régime lacté suffit en quelques semaines à faire disparaître les accidents vertigineux, sans qu'aucun traitement local fût institué. Chez les malades atteints de mal de Bright, les symptômes labyrinthiques peuvent à un premier degré se traduire uniquement par le signe de Romberg, qu'on peut considérer comme un signe de début de l'insuffisance vestibulaire, compensée pendant longtemps par l'orientation subjective de l'œil ou du tact. A un degré plus élevé apparaissent les vertiges passifs, d'abord le vertige vertical (mal des hauteurs), attendu que les mesures verticales de l'espace sont celles que nous employons le moins, puis le vertige horizontal (agoraphobie). Enfin vient le vertige actif, avec titubation, propulsion, répulsion, latéropulsion, avec chutes irrésistibles, étourdissements allant jusqu'à la perte de connaissance avec attaques épileptiformes ou léthargiques.

Contre ces différents types de vertiges, le régime lacté semble agir en diminuant la tension des liquides labyrinthiques, et en restaurant leur composition normale. Dans quelque état que soit sa lésion locale, il faut, chez tout malade atteint de vertige auriculaire, rechercher avec soin les petits signes qui permettent de dépister un brightisme méconnu; si le résultat de cette investigation est positif, le traitement général produira un excellent effet alors que l'intervention locale fût demeurée impuissante. Le régime lacté a sur le sulfate de quinine l'avantage de guérir à la fois le vertige et la surdité, au lieu de guérir le vertige en exagérant la surdité.

M. L.

Des injections de vaseline dans la caisse par la voie de la trompe, par CH. DELSTANCHE. (*Revue internationale de rhinologie*, décembre 1892, n° 12, p. 158.)

Dès 1884, D. signalait l'avantage des instillations *per tubam* de vaseline dans la caisse; depuis cette époque, il a singulièrement étendu les applications de sa méthode; l'huile de vaseline est en effet absolument inoffensive pour les tissus avec lesquels on la met en contact; et l'on peut tirer un excellent parti de son emploi dans des affections très disparates de l'oreille moyenne.

Delstanche ramène à cinq les indications principales de son procédé.

1° Dans le cas d'otite sèche, quand le tympan est en grande partie accolé à la paroi labyrinthique, et que la douche d'air ne parvient pas à détruire ces adhérences. Il faut, pour réussir

dans ce cas, projeter avec force des quantités relativement grandes de vaseline (de 3 à 4 grammes).

2° Dans le cas d'otite catarrhale chronique avec accumulation de mucosités. Il vaut mieux substituer ces injections massives de vaseline à la paracentèse du tympan, que la reproduction brusque de l'épanchement oblige à répéter trop souvent; celles-là dégagent mieux l'oreille moyenne que celle-ci.

3° A la suite de la paracentèse, pour diminuer les chances de réaction inflammatoire.

5° Pour rétablir la perméabilité de la trompe, quand des mucosités l'obstruent, et ne se laissent pas refouler par la douche d'air: il faut tâter de ce moyen simple avant de faire usage de la bougie dilatatrice.

5° Pour les otites moyennes aiguës (surtout grippales) avec ou sans perforation du tympan. L'injection *per tubam* de vaseline saturée d'iodoforme calme rapidement les atroces douleurs, et hâtent la guérison.

M. L.

Du traumatisme dans l'étiologie des affections de l'appareil auditif, par CHAUVEL. (*Acad. de médecine*, séance du 27 septembre 1892; *Bull. méd.*, n° 78, p. 1261.)

Sur un total de 1,470 affections de l'oreille, C. relève 108 fois le traumatisme dans leur étiologie. Le traumatisme est indirect (bruits intenses) ou direct (coup et chutes sur la tête).

Dans le premier cas, on note le plus souvent l'otite purulente; en effet, les vibrations sonores n'impressionnent d'une façon puissante que la membrane du tympan; elles y produisent de faibles solutions de continuité qui donnent entrée aux microbes pathogènes. Dans le second cas, l'otite scléreuse et la surdité nerveuse sont aussi fréquents que l'otite purulente; car les traumatismes directs vont jusque dans la profondeur intéresser le labyrinthe.

M. L.

Cancer du larynx, par GOUGUENHEIM. (*Semaine médicale*, 1892, n° 24, p. 339.)

Leçon clinique très complète, faite en connaissance de cause.

L'auteur ne se contente pas de la division classique, jadis établie par Krishaber, en cancer extrinsèque et cancer intrinsèque du larynx, mais il subdivise justement ce dernier en plusieurs variétés, polypoïde, végétante, infiltrée, nettement différenciées au point de vue clinique, empruntant surtout leur objectivité à la région du larynx sur laquelle elles se développent et affirmant leur individualité jusque dans le pronostic; et ainsi G. nous

cite le cas d'une femme atteinte d'un épithélioma polypoïde de la corde vocale, simulant un fibrome mais reconnu au microscope après extirpation endolaryngée : un an après l'opération, pas encore de récidive.

L'auteur, à ce propos, insiste sur les longues rémissions trompeuses qui coupent l'évolution du cancer laryngé, rémissions déjà bien signalées par Fauvel, et qui peuvent d'autant mieux induire le médecin en erreur, qu'elles se produisent parfois à la suite d'un traitement antisiphilitique. M. L.

Quelques observations relatives à l'érysipèle du larynx, par SOKOLOWSKI. (*Archives intern. de laryngologie*, t. V, n° 5, p. 249, septembre-octobre 1892.)

M^{me} C... est prise de violents frissons, suivis d'un grand abattement.

Le quatrième jour, vives douleurs dans le cou, déglutition impossible ; 40°. L'amygdale gauche gonflée présente les signes d'une angine lacunaire. La voix est claire, les ganglions lymphatiques du cou très tuméfiés. Le huitième jour, la voix devient enrouée : la dysphagie, les frissons s'exagèrent ; le pharynx est fortement congestionné, mais sans enduit. Au laryngoscope, on voit une vive rougeur avec gonflement de la région aryénoïdienne et des bandes ventriculaires, masquant la corde. Diagnostic : laryngite phlegmoneuse aiguë ; traitement : sangsues, glace à avaler, toniques. Pendant les jours suivants, l'état général s'aggrave : température 40°,5 à 41°, prostration, délire. Rien aux poumons. Le 1^{er} mars, la température descend à 39°,3 : la malade peut avaler un peu ; l'enrouement diminue ; le larynx est moins hyperémié. Cependant, malgré l'amélioration de l'état laryngé, la température remonte bientôt à 40°,7 ; l'aile gauche du nez se met à rougir, et de ce point se développe un érysipèle de la face qui, bien que long et grave, finit par guérir à son tour.

Il s'agissait nettement ici d'un érysipèle du larynx ainsi que le montra dans la suite la marche des accidents. C'est un exemple de plus de la maladie décrite par Massei, avec cette différence que dans aucune des treize observations rapportées par l'auteur italien, l'érysipèle ne s'étendit au visage y apposant ainsi sa signature. Dans le cas actuel, le processus commença dans le pharynx, et pendant quelques jours, on observa l'image typique de l'amygdalite lacunaire.

Récemment, Sentdner, faisant de l'angine folliculaire l'objet de minutieuses recherches bactériologiques, a constaté dans

cette affection l'existence de streptocoques pyogènes et érysipélateux et en a tiré cette conclusion, qu'un érysipèle peut se développer à la suite d'une angine lacunaire. Le cas rapporté par Sokolowski corrobore cette affirmation.

Il est plus fréquent encore (S. en donne deux observations) de voir un œdème léger du larynx ayant son point de départ dans une angine lacunaire; mais n'est-il pas impossible d'admettre que ces inflammations laryngées œdémateuses, à marche bénigne, ne soient pas autre chose qu'une légère infection par le streptocoque, en un mot un érysipèle bénin du larynx?

M. L.

Contribution à l'étude des fractures des cartilages du larynx,
par PAUL HEYMANN. (*Archives intern. de laryngologie*, t. V,
n° 5, p. 290, septembre-octobre 1892.)

Arbuthnot Lane démontra par ses recherches cadavériques que les fractures du cartilage du larynx sont plus fréquents et d'un pronostic moins sombre qu'on ne le pense généralement : il nota même des cas inaperçus de fractures du cricoïde, lésion considérée jusque-là comme absolument mortelle. H. rapporte une observation qui confirme ces idées; c'est la première vérification sur le vivant des observations de Lane chez le cadavre.

Un homme de 37 ans, bien portant, trébuche dans l'obscurité; la partie antérieure du cou porte contre un des pieds de son lit. Douleur assez forte, qui augmente le lendemain, et à laquelle s'ajoutent de la dysphagie, un peu de dyspnée et d'enrouement. Les symptômes sont cependant assez peu intenses pour que le malade puisse continuer son travail.

A l'examen extérieur du cou, peu de chose. Larynx facilement mobile; pas de crépitation anormale. Le laryngoscope montre l'aryténoïde droit œdématié, du volume d'une noisette, rougi par une suffusion sanguine qui s'étend assez loin. Le gonflement de l'aryténoïde est plus intense sur sa partie postérieure et englobe le revêtement postérieur du chaton cricoïdien. Toutes ces parties présentent au contact de la sonde une sensibilité inaccoutumée. La corde vocale droite est immobile en position cadavérique.

Le diagnostic est réduit à deux hypothèses : ou une déchirure de la capsule de l'articulation crico-aryténoïdienne ou une fracture du chaton cricoïdien. Mais au bout de six jours, la corde vocale avait repris ses mouvements normaux ce qui permettait d'éliminer l'idée d'une rupture de la capsule articulaire. Au bout de douze jours, *restitutio ad integrum*.

Ce fait s'accorde aussi avec les expériences cadavériques de Scheier; une force qui agit sur le larynx d'avant en arrière, comme dans l'observation actuelle, produit très facilement une fracture du chaton cricoïdien, tandis qu'une compression latérale, comme par exemple l'étranglement, brise plutôt la lame latérale du thyroïde.

M. L.

Le vertige laryngé et les ictus laryngés, par A. RUULT.
(Tirage à part du *Journal de médecine de Paris*, 1892.)

R. veut faire cesser la confusion que la plupart des observateurs ont établie entre le vertige laryngé, névrose décrite par Charcot en 1876, et les ictus laryngés, symptomatiques de tabes, d'épilepsie, ou d'autres lésions nasales et laryngées.

A. — Le *vertige laryngé* de Charcot, dont il rapporte cinq observations, est une névrose à accès paroxystiques, de pronostic bénin puisqu'elle n'entraîne jamais la mort et guérit d'elle-même au bout d'un certain temps. L'accès s'annonce par une sensation de chatouillement au niveau du larynx, puis par une petite toux sèche; la face rougit; il y a chute, perte de connaissance complète, parfois convulsions épileptiformes partielles; au bout de quelques secondes, le malade revient à lui, sans trace d'hébétéude ni d'amnésie.

B. — Tout autre est le tableau des ictus laryngés symptomatiques.

1° Dans l'*épilepsie à aura laryngée*, la pâleur initiale de la face, la sensation de malaise et l'hébétéude consécutives sont caractéristiques.

2° Chez certains sujets nerveux, des *lésions de la muqueuse nasale* peuvent, par action réflexe, donner lieu à des accès de spasme laryngé, qui, au moment de son action, aboutit parfois à un ictus apoplectiforme; le malade, dont la face devient vultueuse, tombe et perd connaissance; mais, au bout de quelques secondes, il revient à lui. L'ictus est si rapide et si court qu'on ne saurait l'attribuer à l'anoxémie des centres encéphaliques, mais bien à un phénomène bulbaire inhibitoire, ayant son point de départ dans le larynx.

3° Chez les *tabétiques*, les ictus laryngés peuvent affecter plusieurs formes; succéder à un accès de spasme glottique avec stridulisme, ou survenir à la suite de quintes de toux violentes, ou même simuler absolument le vertige laryngé vrai.

4° Enfin, R. signale une variété peu connue mais extrêmement grave d'ictus laryngé survénant chez des sujets atteints d'*affection*

organique du larynx (cancer, sténose cicatricielle, etc.); sans phénomène avertisseur, sans dyspnée préalable, brusquement arrive la mort qui foudroie le patient au milieu de ses occupations. Boley, se guidant sur une autopsie faite par lui, avait incriminé des lésions récurrentielles; R. admet au contraire qu'il s'agit dans ces cas de troubles d'ordre purement dynamique, d'une inhibition bulbaire à point de départ laryngien, analogue aux résultats expérimentalement obtenus par Brown-Séquard qui amène chez les animaux la perte de connaissance, souvent même la mort immédiate, à l'aide de coups portés au-devant du larynx.

M. L.

Quelques considérations à propos d'un cas de laryngo-typhus,
par PAUL TISSIER et PAUL BELLOT (*Annales de médecine*,
21 décembre 1892, p. 403).

Classique observation de laryngo-typhus recueillie à l'hôpital de la Pitié. Les auteurs appellent plus particulièrement l'attention sur la signification pronostique importante au point de vue des complications laryngées graves, des phénomènes d'enrouement initiaux; constate-t-on à cette période une laryngite aiguë avec ulcérations catarrhales, il faut craindre que par ces portes ouvertes, les agents pathogènes ne cheminent jusqu'au périchondre, et essayer de les fermer par l'emploi de la glace à l'extérieur, des pulvérisations antiseptiques à l'intérieur du larynx.

Souvent, à la phase de déclin, survient en quelques heures une dyspnée rapide imposant une trachéotomie d'urgence; une fois canulé, le malade échappe aux accidents d'asphyxie immédiate; mais, après guérison, il peut persister comme reliquat de la périchondrite habituelle du chaton du cricoïde, soit une ankylose crico-aryténoidienne, soit une sténose cicatricielle sus-glottique, condamnant l'opéré à la canule perpétuelle.

M. L.

A propos de la rareté des paralysies laryngées corticales, par
PAUL RAUGÉ (de Challes) (*Archives intern. de laryngologie*,
tome V, n° 4, p. 185, juillet-août 1892).

Il est admis généralement, depuis les preuves expérimentales qu'en ont fourni Krause, ainsi que Semon et Horsley, que la fonction phonatoire du larynx est régie par un centre moteur cortical, tandis que seuls les noyaux bulbaires président à l'abduction des cordes vocales, acte respiratoire ordinairement inconscient. Précisant mieux que leurs devanciers, Semon et Hors

ley ont localisé le centre moteur du larynx vocal dans le pied de la frontale ascendante en continuité directe avec la circonvolution de Broca, dont il partage l'irrigation artérielle; ils ont de plus démontré qu'il existe deux centres laryngés symétriques dans les deux hémisphères.

Pourquoi les paralysies laryngées d'origine corticale sont-elles pièces si rares, alors que l'hémiplégie est monnaie courante? Ici intervient encore une expérience de Semon et Horsley. Les mouvements de la glotte chez le singe persistent intacts après l'ablation d'un des centres laryngés; mais vient-on à détruire le centre symétrique, la paralysie vocale du larynx est totale. De là les auteurs anglais tirent cette conclusion: que les deux centres laryngés droit et gauche peuvent se suppléer mutuellement; que l'excitation d'un seul suffit à produire des mouvements vocaux dans les deux côtés du larynx; qu'il ne peut donc y avoir d'hémiplégie laryngée d'origine corticale, mais seulement une paralysie vocale bilatérale si l'écorce a été atteinte des deux côtés.

Que si l'expérimentation semble accorder raison à cette théorie, diamétralement opposée à ce que nous savons sur l'indépendance réciproque des deux zones psychomotrices, des observations cliniques, rares, mais convaincantes, lui donnent absolument tort. L'hypothèse de Semon et Horsley ne résiste pas à des faits tels que ceux de Garel et Dor, de Déjerine, où une altération limitée à un côté de l'écorce avait amené une hémiplégie du côté opposé du larynx.

Si donc les hémiplégies laryngées corticales sont si exceptionnellement signalées, ce n'est pas parce qu'elles sont pathologiquement irréalisables; c'est simplement, dit R., parce qu'on ne sait pas les reconnaître. Qu'on se donne la peine de les rechercher systématiquement, et on les trouvera nombreuses.

Mais aussi faut-il savoir les rechercher. Il ne faut pas s'attendre à être mis sur leur piste par des troubles laryngés bruyants. La dyspnée est nulle, puisque le tonus respiratoire des abducteurs est un acte éminemment bulbaire, pouvant se passer du centre cortical. Il n'y a pas davantage d'aphonie, l'adduction compensatrice de la corde saine venant rapidement reconstituer la fente glottique vocale: il y a seulement dysphonie déterminée par le défaut de tension de la corde paralysée; nuance d'autant plus difficile à saisir que le trouble vocal laryngé coïncide souvent avec des phénomènes d'aphasie.

Il n'existe donc qu'un seul signe révélateur de l'hémiplégie

corticale du larynx, c'est l'image laryngoscopique de la glotte ; mais ce signe est si caractéristique qu'à lui seul il permet de poser un diagnostic ferme. A l'état de respiration calme, le larynx paraît normal, les deux cordes sont symétriquement placées en abduction ; au moment de la phonation, la corde vocale saine seule se met en mouvement, la corde paralysée demeure immobilisée en abduction extrême. Seule ou presque seule une altération de l'écorce peut produire cette image. Une lésion d'un noyau bulbaire amènerait au contraire la paralysie des abducteurs. Une lésion d'un pneumo-gastrique et d'un récurrent placerait, à la phase irritative, la corde vocale correspondante en adduction forcée, et plus tard, à la phase paralytique, en *position cadavérique*.

Une lésion corticale ne peut jamais mettre une corde en position cadavérique, celle-ci indiquant une paralysie de tous les muscles d'un côté du larynx, adducteurs corticaux aussi bien que des abducteurs bulbaires. Dans le cas de Déjerine où il nous est dit que la corde paralysée est en position cadavérique, il y a erreur manifeste d'observation laryngoscopique ; au demeurant, celle-ci s'explique : la corde vocale restée saine, exagérant son excursion normale pour aller au devant de sa congénère immobile, dissimule en partie l'excès d'écartement de cette dernière ; mais cette compensation ne se fait qu'aux dépens d'une certaine obliquité de la glotte, facile à constater ; au reste, pendant l'inspiration silencieuse, les deux cordes vocales demeurent parfaitement symétriques, ce qui ne serait pas si la corde vocale saine était en position respiratoire normale et la corde malade en position cadavérique.

De tout cela il résulte que l'hémiplégie corticale du larynx doit être d'une bien plus grande fréquence qu'on ne l'a cru jusqu'à ce jour. Mais l'examen laryngoscopique systématique d'un grand nombre d'hémiplégiques, déjà fort désirable en l'espèce, ne suffirait pas à entraîner la conviction ; il faudrait le compléter par une soigneuse autopsie des centres nerveux qui aurait à démontrer : 1° qu'il existe une lésion correspondant au centre cortical du larynx ; 2° qu'il n'existe aucune lésion des noyaux bulbaires, des pneumo-gastriques, des récurrents capables d'amener le syndrome observé pendant la vie. Mais seul pourrait répondre à ce desideratum un clinicien également habile à manier le laryngoscope et le microtome. C'est un tel homme, et non pas l'hémiplégie corticale du larynx, qui est l'oiseau rare. M. L.

Accidents secondaires laryngés de la syphilis, par POYET.
(*Bulletin médical*, n° 36, 1^{er} mai 1892.)

Après un court aperçu historique sur la syphilis laryngée avant la découverte du laryngoscope, P. établit tout d'abord que le chancre du larynx n'existe pas. Mais si l'accident primitif de la vérole fait défaut, nombreux et variés sont les accidents secondaires. C'est ainsi qu'on peut observer : 1° l'érythème syphilitique; 2° les syphilides érosives; 3° les syphilides ulcéreuses (plaques muqueuses); 4° les paralysies de la période secondaire.

I. Erythème syphilitique. — La plus fréquente de toutes les manifestations de la syphilis dans le larynx. Bien que la plupart du temps les malades ne jugent point à propos de se plaindre du léger enrouement qu'il produit, l'érythème existe dans tous les cas. Il se traduit par la rougeur uniforme de tout l'appareil avec exsudat blanchâtre dû à la présence des mucosités (catarrhe syphilitique laryngé). Il peut coïncider avec la roséole (roséole syphilitique du larynx). La douleur est nulle, pas de dyspnée ni de dysphagie, sauf en certains cas peu fréquents. On devra faire le diagnostic avec le catarrhe simple et avec les catarrhes professionnels plus ou moins chroniques. Le traitement local consistera en attouchements légers au nitrate d'argent et en fumigations émollientes.

II. Syphilides érosives. — Caractérisées par de très légères exulcérations du larynx, elles siègent par ordre de fréquence sur: l'épiglotte, les ligaments aryénoïdes épiglottiques, les cordes supérieures, les cordes inférieures. Consistant en un simple dépouillement épithélial, les érosions sont plates, leur pourtour est rouge et tranche sur le reste de la muqueuse. Elles s'accompagnent d'engorgement ganglionnaire dans tous les cas.

Les syphilides érosives produisent toujours de l'altération de la voix; il y a de la toux (hémage), de la douleur exaspérée par les mouvements fréquents de la déglutition. Le diagnostic doit être fait avec les érosions catarrhales et surtout les ulcérations du début de la tuberculose. Le traitement consistera en inhalations émollientes et en attouchements directs faits avec des solutions légèrement caustiques, teinture d'iode ou nitrate acide de mercure très dilué.

III. Syphilides ulcéreuses. — Les plaques muqueuses du larynx siègent surtout sur l'épiglotte et la région aryénoïdienne. On les peut rencontrer également sur les cordes vocales supé-

rieures et inférieures. Leur aspect varie avec le siège; arrondies dans les portions riches en glandes, elles sont allongées sur les cordes vocales. Elles peuvent devenir végétantes, fongueuses, et ressemblent ainsi aux papillomes. On remarquera aussi un certain degré d'œdème dur, élastique. Quand elles siègent sur l'épiglotte, les plaques muqueuses produisent surtout la dysphagie et la toux. Dans la région aryénoïdienne elles provoquent la raucité de la voix mais aussi la dysphagie. La voix est aphone quand elles siègent sur les cordes vocales. Le diagnostic doit être fait avec : 1° les ulcérations de la période tertiaire; 2° les ulcérations scrofuleuses; 3° les ulcérations du cancer; 4° les ulcérations de la phtisie laryngée. M. L.

Les végétations adénoïdes. La maladie et la mort de François II, roi de France, par POTIQUET (*La médecine moderne*, 9 décembre 1892, n° 52, p. 778.)

Déjà les végétations adénoïdes avaient pas mal de méfaits à se reprocher; si beaucoup de gens sont sourds-muets, c'est de leur faute; de leur faute aussi si nombre de figures disgracieuses surmontent des poitrines ennemies de la symétrie; sans compter d'insignifiantes peccadilles que pendant longtemps elles avaient dissimulées : enfants pissant au lit, parents désagréablement réveillés par des accès de stridulisme nocturne, etc. J'en passe, et des meilleures. Tout cela n'est rien; c'est de crimes qu'elles ont maintenant à répondre devant le tribunal de l'histoire; elles sont régicides, tout simplement.

La mort d'un roi, la décollation d'une reine, peut-être même le massacre de deux mille citoyens (d'aucuns disent soixante-mille), voilà ce dont P. se fait leur accusateur. Car, remarquez bien ceci, si le bon petit roi François II (que Dieu ait son âme!) avait vécu son comtant, Marie Stuart n'aurait pas pu quitter la France en temps utile pour avoir la tête tranchée à la Tour de Londres, ce qui eût épargné à Elisabeth un crime et à Schiller un drame. Par suite, l'infâme Charles IX aurait continué à chasser le sanglier à l'épieu dans la forêt de Bondy, au lieu de se mettre à l'affût des huguenots derrière une fenêtre du Louvre, par une belle nuit du mois d'août 1572.

Mais, me direz-vous, quel rapport entre François deuxième et l'amygdale troisième du nom? C'est justement ce que nous apprend P., dans un article plein d'indiscrétions sur les coulisses de l'histoire, mais de tout point exquis; presque une page de Saint-Simon, avec son réalisme cruel, nous montrant la majesté

royale effacée par l'hypertrophie du tissu adénoïde : Luschka contre Valois.

Le portrait du petit roi François, tel qu'il nous a été transmis par les historiens, n'avait rien qui put tenter le pinceau d'un Clouet. « Ce prince mal sain, et quidès son enfance avoit monstré de grandes indispositions pour n'avoir craché ny mouché..., avoit un visage blafart, et bouffi..., la face plombée et boutonée..., l'haloine puante..., petite complexion..., peu d'esprit. Il portait sa bouche ouverte pour prendre son vent... Il se trouvait mal d'un flux de ventre, procédé des humeurs cuittes et accumulées dedans son corps, pour ne se point moucher la plupart du temps. » N'est-ce pas là, se demande avec raison P., le facies adénoïdien, et le facies adénoïdien au complet?

Roi sans vices, disaient de lui les catholiques; roi sans vertus, répondaient les huguenots : roi *aprosectique* aurait dit Goye, s'il eut vécu au xvi^e siècle. En tous cas roi sans charmes, incapable de séduire la belle Marie Stuart. Ce dut être entre eux mariage de raison : mais certes pas mariage blanc, car le petit roi François « mourut de Marie Stuart » nous dit le duc d'Albe. Or voici que P. nous enlève une de nos plus gracieuses illusions historiques. Quelle qu'ait pu être l'influence de ce surmenage, nous dit-il, le petit roi François mourut plus positivement de quelque chose de moins plaisant que Marie Stuart, des suites d'une inflammation suppurée de l'oreille gauche. Il n'y a pas à en douter quand on lit dans Régnier de la Planche qu'il « se formoit une corruption en l'une de ses oreilles qui faisoit l'office du nez », ou encore quand on trouve clairement indiquée par d'Aubigné la physiologie pathologique de cette otorrhée : « ne se purgeant ni par le nez, ni par la bouche, dont se forma un abcès à l'oreille. »

« Les humeurs cuittes du roitelet sortaient par un mauvais chemin, laquelle maladie lui est advenue « pour ne se point moucher la plupart du temps, » écrivait Henri II.

Méningite ou abcès du cerveau consécutif à une inflammation suppurée de l'oreille, telle fut là vraisemblablement la cause de la mort du petit roi. Plaignons-le donc, ne le raillons pas comme l'a fait Michelet, car c'est un malade. La médecine, qui ne guérit pas toujours les vivants, disculpe quelquefois les morts. Le grand fait qui domine le règne de François II, c'est l'obstruction de son arrière-gorge; aux végétations adénoïdes appartient un petit moment de notre histoire.

Ne trouvez-vous pas, comme moi, que la rhinologie gagne à

être ainsi regardée à travers l'histoire? surtout quand c'est P. qui nous la montre.

M. L.

Les tumeurs adénoïdes et les accès de stridulisme, par DUPLAIX.
(*Gaz. des hôp.*, 20 octobre 1892, n° 120.)

Tous les enfants porteurs de tumeurs adénoïdes n'ont pas nécessairement du spasme glottique; mais, en revanche, on peut dire que presque tous les accès de laryngite striduleuse sont causés par l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée. En effet, de celle-ci s'écoulent d'abondantes mucosités; pendant le jour, elles sont dégluties; pendant la nuit, elles s'accumulent dans le larynx, qu'elles encombrant à la façon d'un corps étranger; l'enfant se réveille en sursaut, assoiffé d'air, toussant d'une toux quinteuse.

Cela arrive alors même qu'il n'y a aucun signe de catarrhe du larynx; à plus forte raison, ces accès se développent-ils s'il y a laryngite; et c'est alors que les accès de stridulisme apparaissent dans toute leur intensité.

Ainsi se produit le faux-croup.

M. L.

Déviation non traumatiques de la cloison des fosses nasales, par H. CHATELLIER. (*Archiv. intern. de laryngologie*, t. V, n° 3, p. 129, mai-juin 1892.)

Après avoir étudié les coupes des fosses nasales d'embryons humains de 3 à 4 mois, l'auteur a été amené à considérer les déviations de la cloison et leur traitement de la façon suivante.

Entre les troisième et quatrième mois, l'ossification est commencée dans le vomer, les maxillaires supérieurs et inférieurs, les cornets inférieurs et moyens; l'ethmoïde est encore complètement cartilagineux. Sur une coupe frontale de la face, on voit le bord supérieur de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde s'encastrer solidement dans les os du crâne. Cette lame présente à sa partie moyenne un amincissement considérable; premier point faible de la cloison. Plus bas, elle s'épaissit et vient se terminer entre les deux lames du bord supérieur du vomer qui l'embrassent; en avant le cartilage quadrangulaire la prolonge et se comporte comme elle. Cette articulation ethmoïdo-chondro-vomérienne est le second point faible de la cloison.

Le plancher des fosses nasales est formé des deux apophyses palatines du maxillaire supérieur, non encore soudées; entre elles existe sur la ligne médiane un espace rempli de tissu conjonctif sur lequel repose le bord inférieur du vomer. Là est la partie faible des parois osseuses des fosses nasales.

La lame perpendiculaire et le cartilage quadrangulaire se développent aux dépens du bourgeon médian de la face; le maxillaire supérieur, aux dépens des bourgeons latéraux. Or, qu'une cause inconnue vienne à détruire le parallélisme entre le développement du bourgeon médian et celui des bourgeons latéraux, alors la cloison sera trop longue pour une cavité dont les dimensions verticales seront proportionnellement trop petites. Pour pouvoir les loger, il ne reste à la cloison que deux alternatives : 1° sortir des fosses nasales, s'insinuer entre les apophyses palatines, et former à la voûte du palais une saillie antéro-postérieure; 2° ou diminuer de longueur. Elle peut, pour cela, employer deux procédés : *a.* s'enfoncer en elle-même, gagner en épaisseur ce qu'elle perd en longueur, et diminuer ainsi le calibre des deux fosses nasales; *b.* s'incurver; faire saillie dans une des fosses nasales dont elle diminue le diamètre transversal, la fosse nasale du côté opposé étant augmentée d'une quantité proportionnelle. C'est la déviation sans épaississement. Naturellement, la cloison se plie au niveau de ses points faibles, et l'angle saillant de la déviation oblique d'avant en arrière et de bas en haut, correspond à l'articulation ethmoïdo-chondro-vomérienne.

Traitement. — Les cloisons déviées ne deviennent pathologiques que quand elles s'opposent au passage de l'air à travers le nez pendant la respiration. Dans la pratique, toutes les anomalies peuvent se réduire à deux.

1° La cloison est épaissie. De tous les moyens à employer, C. préfère l'opération de Bosworth : facile, rapide, sans danger.

2° La cloison est incurvée sans épaississement. Ici la difficulté opératoire est beaucoup plus grande : toute perte de substance de la cloison serait suivie de perforation.

Les redresseurs ne donnent et ne peuvent donner aucun résultat : la cloison, trop longue dans une cavité trop courte, reprend son incurvation dès que l'action de ces appareils est suspendue.

L'indication consiste à diminuer les dimensions verticales du septum, de manière à ce que celles-ci correspondent aux dimensions verticales des fosses nasales. Mais il faut à tout prix respecter les parties molles si l'on veut éviter une perforation permanente. Dans ce but, C. a proposé, en 1887, l'opération suivante, déjà décrite quatre ans auparavant par Petersen.

L'opération se fait sans élargissement de l'orifice naturel des narines. Anesthésie à la cocaïne de deux faces de la cloison. Du

côté saillant, faire au bistouri une première incision horizontale suivant l'insertion de la cloison sur le plancher, et une seconde incision verticale sur la partie bombée de la déviation. Avec un instrument mousse, décoller la muqueuse sur toute la surface saillante. Puis, traverser le squelette de la cloison jusque sous le périchondre du côté opposé, en évitant de perforer la muqueuse du côté concave, chose difficile; par cet orifice, décoller l'autre face de la cloison des téguments; cela fait, avec des ciseaux, ou un emporte-pièce, réséquer dans la plus grande étendue possible toute la partie saillante du squelette. Ce temps de l'opération, facile quand on s'attaque au cartilage quadrangulaire, devient beaucoup plus pénible quand il faut réséquer le vomer, ou la lame perpendiculaire de l'ethmoïde. Ensuite, rabattre le lambeau de muqueuse mobilisé, et l'appliquer à celui du côté opposé, périoste contre périoste. Pas de points de suture; un simple tamponnement à la gaze iodolée; on le change au bout de deux jours; on le cesse au bout de quatre jours. Il suffit de faire mettre alors plusieurs fois par jour dans le nez de la pommade boriquée.

Cette opération de Petersen-Chatellier a donné entre les mains de l'auteur deux succès complets. Les garanties contre la perforation sont bien plus grandes que dans celle de Krieg, qui enlève complètement la muqueuse du côté qui fait saillie. M. L.

Le massage vibratoire et électrique des muqueuses du nez, du pharynx, du larynx, par GARNAULT. (*Semaine médicale*, 7 septembre 1892, page 354.)

Le massage vibratoire a été inauguré d'une manière vraiment scientifique par le suédois Arvid Kellgren, qui, en 1888, l'importa en Autriche. Michel Braun (de Trieste) reprit sa méthode et l'appliqua aux affections du nez, du naso-pharynx et de la gorge. Malgré les excellents résultats qu'il obtint, il trouva peu d'imitateurs; en France, le massage vibratoire n'a pas encore été pratiqué, aussi G. cherche-t-il à l'y acclimater.

La technique du massage vibratoire est extrêmement difficile à apprendre et fort pénible à appliquer pour le médecin. La difficulté de l'apprentissage, la nécessité où se trouve le masseur entraîné à maintenir sa performance, les inconvénients sérieux qui peuvent résulter de la moindre faute dans l'exécution rendent l'application de ce procédé si délicate, qu'il est aisé de comprendre le peu d'adeptes qu'a faits la doctrine nouvelle, malgré l'ardeur convaincue des apôtres qui la répandent.

Les vibrations sont produites à l'aide d'une sonde droite pour le nez, d'une sonde à courbure appropriée pour le pharynx et le larynx. L'extrémité de la sonde est entourée d'ouate. On cocaïnise d'abord les voies aériennes supérieures. Puis l'on commence par « vibrer » le nez; de là on passe au pharynx nasal, puis au larynx, et on termine par le pharynx buccal, région où le massage vibratoire détermine les réflexes les plus pénibles. En chacun des points qu'il touche, le massage doit successivement durer de une à trois secondes.

Les vibrations s'exécutent avec l'avant-bras plié sur le bras; les mouvements doivent presque uniquement se passer dans l'articulation du coude à l'aide de contractions tétaniques des muscles du bras. Les vibrations doivent être très rapides, très régulières; la différence de durée entre chaque secousse ne doit pas dépasser $1/100^e$ de seconde; le nombre des vibrations doit varier de cinq à vingt par seconde. On conçoit les difficultés extrêmes qu'aura à surmonter le médecin pour arriver à une pareille sûreté de main; il doit contrôler ses essais avec l'enregistreur de Marey et ne se permettre de « vibrer » un malade que quand il a acquis un doigté parfait.

G. repousse tous les instruments vibratoires, tels que ceux préconisés par Herzfeld et Lehmann; la main seule, très rapide et très exercée, est capable de se prêter aux nombreuses exigences de l'application, variable suivant chaque cas. Mais il a trouvé avantage à combiner l'électricité, sous forme de courants continus ou induits, à ce massage vibratoire de Braun. Une large électrode indifférente est appliquée sur la nuque; l'autre pôle est relié à la sonde; il suffit d'employer un faible courant de 4 à 7 milliampères.

Quelles sont les indications de la méthode vibratoire? Tout d'abord, l'*asthme réflexe d'origine nasale*; il cède assez rapidement, quoique au début du traitement il y ait plutôt une aggravation des symptômes. Jamais le massage ne doit produire d'écoulement de sang, sauf dans le cas où il existe de larges ulcérations fongueuses.

Suivant Braun, l'*angine aiguë* est rapidement coupée par le massage qui, malgré la cocaïne, est extrêmement douloureux dans ce cas.

Dans la *catarrhe chronique naso-pharyngien*, G. vibre avec un tampon imbibé de lanoline pyoctaninée ou même iodo-iodurée. Dans la *laryngite chronique*, il aime mieux employer une faible solution de chlorure de zinc.

Les *ulcérations du larynx*, même *tuberculeuses*, peuvent être guéries par le massage.

La guérison de l'*ozène* est le triomphe de la méthode; les vibrations avec le tampon de lanoline pyoctaninée à 10 0/0 en viennent à bout en quelques semaines. Depuis six ans, Braun a traité un très grand nombre de ces malades, toujours avec le même succès.

Enfin la *rhinite hypertrophique* en bénéficie également.

La lecture du travail de G. est éminemment suggestive. Le massage, dit-il à juste titre, nous a déjà réservé tant de surprises, qu'il faut bien se garder de l'incrédulité en face d'une méthode pouvant transformer en quelques semaines l'*ozène* en rhinite hypertrophique (Demme) et améliorer inversement la rhinite hypertrophique, sachant amener la résorption des végétations adénoïdes (Laker), jugulant instantanément les angines aiguës (Braun), cicatrisant les ulcères tuberculeux du larynx (Laker, Braun, Felici). Malheureusement, l'extrême difficulté d'exécution de ce procédé sera un obstacle majeur à sa diffusion; et cela nous explique pourquoi le massage vibratoire, quoiqu'il fasse des miracles thérapeutiques, depuis six années que Braun l'a présenté, n'arrive point encore à obtenir son droit de cité en rhino-laryngologie.

M. L.

Traitement de l'ozène par les pulvérisations concentrées de nitrate d'argent et de chlorure de zinc, par MOURE. (*Cong. de l'Ass. franç. pour l'avanc. des sc.*, 1892, in *Bulletin médical*, 5 octobre 1892, n° 80, page 1274.)

Contre l'*ozène*, affection rebelle, tout a été essayé en vain. M. obtient cependant un excellent résultat de pulvérisations quotidiennes d'une solution de nitrate d'argent graduée de 10 à 25 0/0, ou de chlorure de zinc de 2 à 10 0/0. L'amélioration survient parfois au bout d'un mois; d'autres fois, il faut faire plusieurs séries de pulvérisations répétées pendant quelques mois.

Ce traitement est à rejeter s'il est mal supporté, c'est-à-dire s'il donne lieu à une réaction trop vive ou à des épistaxis trop abondantes.

M. L.

Quelques considérations sur la staphylococcose de la face. De l'impétigo de la face et de diverses autres affections à staphylocoques, par P. TISSIER. (*Annales de médecine*, 9 et 23 novembre, 7 décembre 1892, p. 358, 375 et 389.)

Sous ce titre, T. nous donne une bonne description d'une

affection du nez, commune dans l'enfance, et sur laquelle nos traités classiques sont muets : l'impétigo du nez, ou mieux la *rhinite impétigineuse*. Tant sur la peau que sur les muqueuses, l'impétigo est une infection staphylococcique ; l'inoculation de cultures pures d'aureus et d'albus a pu, dans certaines conditions déterminées, reproduire l'impétigo.

La rhinite impétigineuse se montre surtout en hiver : elle est moins exclusivement que l'impétigo cutané une maladie de la classe pauvre. Ses causes sont les inoculations locales par introduction des doigts dans le nez, chez les enfants déjà porteurs de gourmes sur la peau du visage. La rougeole surtout prépare le terrain à la rhinite et à l'olite impétigineuses.

L'impétigo nasal complique les deux tiers des cas d'impétigo de la face ; mais il peut se montrer assez souvent isolé.

T. en décrit deux formes cliniques.

Dans la première, la plus rare, mais la plus caractéristique, les choses se passent ainsi. Un enfant, à lèvre supérieure grosse et érythémateuse, présente de l'impétigo du pourtour des narines, le vestibule est encombré de croûtes jaunâtres ; au-dessus, la surface cutanée est rouge, luisante, non ulcérée. Au niveau des angles du nez, fréquentes fissures assez douloureuses.

Souvent l'enfant refuse de se moucher, cet acte étant douloureux ; les croûtes enlevées, on voit sortir du nez un écoulement purulent assez abondant. La muqueuse nasale est tuméfiée, rouge clair, molasse au stylet ; par places, surtout au niveau de la cloison, se montrent de petites érosions arrondies ou polycycliques, peu déprimées, recouvertes d'un enduit grisâtre, qui rappelle les érosions de la syphilis secondaire. Ces lésions sont surtout celles des périodes aiguës.

Dans une deuxième forme, plus fréquente, plus torpide, il y a moins de croûtes dans le vestibule, moins de pus dans le nez. La muqueuse nasale présente une tuméfaction molle, pâle, siégeant surtout sur l'extrémité antérieure des cornets inférieurs ; elle ne montre pas d'érosions.

La rhinite impétigineuse se distingue par sa ténacité et sa durée. Elle a, de plus, sur les organes avoisinants des retentissements qui aggravent son pronostic. Retentissement nasal : car elle prédispose à la séborrhée de la peau du nez, et peut aussi laisser à sa suite de la rhinite hypertrophique ou même conduire à l'ozène. Retentissement cutané : car l'augmentation de volume de la lèvre supérieure, l'un des attributs le plus typique du masque lymphatique, est une résultante des irritations

locales permanentes engendrées par l'écoulement des sécrétions nasales; du reste, la rhinite impétigineuse peut secondairement se propager à la face, quoique l'impétigo ait bien plus de tendance à rentrer qu'à sortir. Retentissement oculaire : car il faut rattacher à la rhinite impétigineuse la plupart des cas de kératite phlycténulaire, qui affecte, on le sait, une prédilection pour les sujets lymphatiques. La démonstration de la nature microbienne des affections impétigineuses de l'œil n'est plus à faire : dans l'espèce, le staphylocoque, parti du nez, gagne la conjonctive par le canal lacrymal et s'implante sur la cornée. Retentissement pharyngien : car le pus nasal se porte en arrière et vient s'étaler sur la muqueuse du cavum ; là il rencontre l'anneau lymphatique de Waldeyer qui heureusement lui forme barrière, grâce à son activité phagocytaire ; mais, dans la lutte, le tissu adénoïde de la région s'hypertrophie par excès de travail. De là, peut-être, la rareté du retentissement de l'impétigo nasal sur les bronches et les poumons. Enfin retentissement auriculaire : on sait la fréquence de l'otorrhée chez les impétigineux.

Capital est donc le rôle de l'impétigo nasal dans l'enfance. T. donne au mot rhinite impétigineuse un sens très compréhensible, puisqu'il lui fait caractériser tous les accidents dus à la staphylococcose nasale : il y est, il est vrai, autorisé par les multiples et concordantes recherches des dermatologistes qui ont reproduit l'impétigo expérimental par l'inoculation de cultures pures de *staphylococcus pyogenes aureus* et *albus*.

Seulement, ces microbes pyogènes existent dans le nez d'un cinquième environ des sujets sains, à l'état banal de saprophytes. Pour réveiller leur activité, et les rendre aptes à créer la rhinite impétigineuse, il faut soit une exaltation de leur virulence, soit mieux encore une adaptation du terrain qui les porte et que réalisent surtout la scrofule et la rougeole.

Donc, dans le traitement, il faut tout d'abord modifier le terrain. Hygiène alimentaire convenable, et comme médicaments utiles, l'huile de foie de morue en hiver, le sirop iodotannique en été.

Localement : irrigations nasales à l'eau boricuée ou à la solution de sulfate de cuivre à 1/2000° ; à la fin de la maladie on emploie avec avantage les irrigations de nitrate d'argent à 1/2000°. Comme pansements des poudres antiseptiques : acide borique 6, benjoin 2, calomel, 1. Ou encore : acide borique 10, salol, 1, naphthol-β 1. On a vanté également la glycérine, la va-

seline boriquée. Recommandables aussi sont les crayons médicamenteux, surtout ceux à base d'iodoforme et d'oxyde de zinc associés.

M. L.

Sur l'analyse d'une odeur complexe, par JACQUES PASSY.

(*Acad. des sciences.* Séance du 10 octobre 1892.)

Un corps pur n'a pas nécessairement une odeur simple : plusieurs odeurs peuvent coexister dans ce corps ; l'odorat perçoit la résultante de leur combinaison.

On le prouve en dissociant expérimentalement ces odeurs. Pour cela on se fonde sur le minimum perceptible de chacune d'elles : à mesure que décroît la quantité de substance en expérience, chaque odeur cesse successivement d'être perçue quand son minimum est dépassé, et finalement l'odorat ne perçoit plus que celle dont le parfum est le plus puissant.

Si on prend l'alcool amylique et qu'on commence par une dose trop faible pour être perçue, à mesure qu'on en augmente la quantité, on perçoit successivement : 1° avec dix millionnièmes de gramme une odeur de benzine ; 2° puis avec deux mille millionnièmes de gramme une odeur camphrée ; 3° puis enfin une odeur alcoolique.

Ainsi s'explique ce fait que la plupart des parfums, agréables à dose faible, deviennent pénibles à respirer à dose massive. Or, chez eux, le parfum très pénétrant est seul perçu, quand la quantité en est minime ; si celle-ci augmente, elle atteint le minimum d'une autre substance peu agréable d'odeur forte qui masque le parfum primitif.

M. L.

Abcès du cerveau, suite d'inflammation du sinus frontal gauche, par SCHINDLER. (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, sept. 1892, n° 9, p. 241.)

Soldat de 21 ans. Coryza antérieur. Est pris au cours de celui-ci de fièvre et de céphalalgie. (Edème de la racine du nez et de la paupière supérieure gauche. Trépanation du sinus frontal d'où sort du pus. Néanmoins, mort dans le coma avec aphasie et monoplégie du bras droit. A l'autopsie : abcès au niveau des deuxième et troisième circonvolutions frontales gauches.

M. L.

Sur la valeur de la dysphagie dans le diagnostic de la syphilis de l'arrière-gorge, par J. GAREL. (*Lyon médical*, 2 et 9 octobre 1892, p. 145 et 181.)

« Ayant eu l'occasion d'observer un grand nombre de malades

présentant des manifestations de la syphilis à ses différentes périodes, j'ai été frappé, dit G., d'un fait qui me semble caractéristique au point de vue du diagnostic. Je veux parler de la dysphagie toute particulière qui existe dans ces cas... J'ai été amené peu à peu à reconnaître qu'il y avait un moyen merveilleux de diagnostiquer d'emblée les diverses manifestations de la syphilis. Peu importe d'ailleurs qu'il s'agisse de chancres amygdaliens, de pseudo-amygdalites spécifiques secondaires, ou bien de lésions tertiaires de l'arrière-gorge. Actuellement, pour moi, ce signe a une telle valeur que je crois que le médecin peut de suite porter un diagnostic presque certain sans avoir même pratiqué l'examen de la gorge. Des faits que j'ai observés dans le cours de ces deux dernières années, dans le but de constater la valeur de ce symptôme, je me crois en droit d'émettre cet axiome presque absolu : *doit être considéré comme syphilitique tout malade éprouvant de la dysphagie au niveau des amygdales et de l'arrière-gorge depuis trois semaines au moins.*

Pour éviter toute erreur préjudiciable au malade, il faut d'abord bien déterminer ce qu'on entend par dysphagie de l'arrière-gorge : c'est celle que les malades accusent soit au niveau des amygdales, soit au niveau du voile, des piliers, du pharynx. La dysphagie laryngée n'a plus la même valeur ; au reste, celle-ci est beaucoup plus profonde et le malade en indique parfaitement le siège.

En parcourant les nombreuses observations tant de chancre amygdalien que d'accidents secondaires ou tertiaires de la gorge que rapporte G., on peut se convaincre amplement de tout ce que ce nouveau signe a de précieux ; on y verra des syphilis soupçonnées, grâce à lui, chez des malades dont l'âge aurait dû en éloigner toute présomption, trouvées et rapidement guéries. J'avoue, pour ma part, que c'est là une séméiologie qui parfois me semble trop belle en sa simplicité ; mais la haute compétence de l'auteur nous autorise à l'accueillir telle qu'il nous la présente, sans restriction.

Au reste, ces restrictions, il les fait lui-même. Il ne pose pas une règle absolue. D'autres affections peuvent entraîner une dysphagie prolongée : ainsi l'abcès chronique enkysté de l'amygdale, ainsi les calculs amygdaliens, le cancer ou les lésions tuberculeuses de l'arrière-gorge ; mais celles-ci sont tellement rares, qu'elles ne forment que des lésions à peu près sans importance par rapport aux lésions pharyngées engendrées par la syphilis.

M. L.

Sur les hémorragies pharyngiennes, par L. JUMON. (*Médecine moderne*, 26 mai 1892.)

Les hémorragies pharyngiennes sont peu fréquentes. Il faut cependant en tenir compte, notamment dans le diagnostic différentiel où il faut les séparer de l'hémoptysie, de l'hématémèse et des varices de l'œsophage.

Les causes de ces hémorragies sont générales ou locales.

Causes générales. Anémie, endocardite ulcéreuse, typhus abdominal, maladie de Verlhof; ajoutons-y les cirrhoses hypertrophiques, la néphrite atrophique et toutes les affections cardiaques qui entraînent une stase veineuse.

Causes locales. En première ligne la phlébectasie, caractérisée par de gros cordons bleuâtres de la partie inférieure et latérale du pharynx de la base de la langue. Tumeurs angioma-teuses ou caverneuses consistant en de petites élévations irrégulières. De la dimension d'une lentille ou même plus considérables, ces petites tumeurs sont d'un rouge brun. (Cas de Scheinmann.)

Les papillomes et le cancer ne donnent lieu que tardivement à des hémorragies.

Elles se produisent à la surface de la muqueuse ou dans son épaisseur (hématome).

Pour établir le diagnostic des cas difficiles, ne pas négliger l'examen microscopique. Dans les hémorragies du pharynx, le sang est mélangé à des produits de sécrétion plus ou moins abondants; dans la pharyngite sèche, par exemple, on trouve une quantité considérable d'épithélium pavimenteux, ce qui écarte l'idée d'hémoptysie.

L'examen direct fera connaître la coloration bleuâtre des dilatations variqueuses et des tumeurs angioma-teuses.

En l'absence de lésions locales, on interrogera le foie, les reins et le cœur, on recherchera l'alcoolisme.

Pour le traitement, un tampon de perchlorure de fer laissé en place quelques minutes suffira dans les cas simples. Le galvano-cautère rendra aussi des services contre les hémorragies provenant du pharynx nasal; on recourra aussi au tamponnement avec la gaze iodoformée laissée en place 24 heures. Enfin dans les cas rebelles, on aura recours à la compression des carotides.

F. HELME.

De l'angine prodromique de la pneumonie, par P. TISSIER et H. COURSIER. (*Annales de médecine*, 14 septembre 1892, p. 289.)

Curieuse histoire d'une infection pneumococcique dont la première étape fut l'amygdale et qui se jugea par une pneumonie aiguë franche.

Homme de 26 ans, cuisinier. Bonne santé antérieure, sauf un léger mal de gorge deux mois auparavant ayant duré trois jours. Le 25 août, malaise subit : céphalalgie, vomissements. Le soir, fièvre intense, délire. Deux jours après, entrée à l'hôpital : température vespérale 41°,4. Déglutition douloureuse. Rougeur vive, généralisée à toute la gorge avec taches blanches. Forte poussée d'herpès naso-labial. Auscultation négative. Le 31 août, le malade, dont la gorge va mieux, mais qui a continué à avoir une vive fièvre présente les signes initiaux d'une pneumonie du sommet droit. Le 1^{er} septembre, les signes pneumoniques sont nets. Le 6, défervescence.

Bien que l'absence d'examen bactériologique ne permette pas de hasarder une affirmation absolue, cependant le début brusque presque solennel de l'amygdalite, l'intensité des phénomènes généraux, la légère albuminurie témoignent de la nature pneumococcique de l'infection amygdalienne.

M. L.

Deux cas d'angine de la fièvre typhoïde, par L. RÉNON. (*Gaz. des hôpit.*, n° 88, 2 août 1892.)

Chez deux malades atteints de fièvre typhoïde d'intensité moyenne, au seizième jour de la maladie chez le premier, presque dès son début chez le second, apparaissent des accidents infectieux secondaires, dus chez l'un au streptocoque, chez l'autre au staphylocoque blanc. L'infection apparaît d'abord au pharynx sous forme d'angine diphtéroïde, éminemment tenace, d'une durée de plusieurs semaines, au point que, guéris de leur fièvre typhoïde, les malades ne le sont pas encore de la gorge ; du pharynx, l'infection secondaire se généralise pour donner lieu à des abcès et à une phlegmation alba dolens.

M. L.

Note sur les angines pseudo-membraneuses à streptocoques, forme bénigne, par H. BARBIER. (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1892, p. 513.)

Des confusions journalières sont encore commises dans le diagnostic de la diphtérie et des angines blanches qui lui ressemblent ; trop de médecins sont portés à admettre la diphtérie

dès qu'ils voient des fausses membranes dans la gorge. L'examen bactériologique et la culture des fausses membranes permettent aisément cette différenciation ; on la pourrait, du reste, déjà soupçonner en analysant mieux les phénomènes locaux et généraux qui accompagnent l'angine.

Ayant observé quatre cas d'angines blanches, dans l'exsudat desquels il a trouvé presque à l'état de pureté le streptocoque pyogène (et jamais le bacille de Löffler), B. essaie de tracer la symptomatologie de l'angine streptococcique pseudo-membraneuse à forme bénigne, nouvelle variété qu'il oppose à l'angine streptococcique grave, déjà connue, tuant les malades avec le masque de la diphthérie hypertoxique.

Cette angine est caractérisée par un début bruyant, s'accompagnant de fièvre vive (39° et plus), mal de tête, frissons, courbature survenant en pleine santé et le plus souvent à l'occasion d'un coup de froid ; ce début porte au plus haut degré le cachet inflammatoire et diffère nettement de l'insidiosité initiale de l'angine diphthérique pure. Presque en même temps le malade se plaint d'un violent mal de gorge avec gêne de la déglutition, l'adénopathie est précoce, douloureuse, la face congestionnée, les yeux brillants. Quelle différence ici encore avec l'angine diphthérique amenant l'intoxication des malades avant parfois que le mal de gorge ne se fasse sentir !

Localement, l'angine streptococcique bénigne détermine surtout des signes d'inflammation : rougeur vive des amygdales, des piliers, même du voile et du pharynx ; les amygdales sont gonflées : c'est sur elles que siège l'exsudat, mais non d'une façon constante. Cet exsudat peut être parfois pultacé, formé de détritux épithéliaux, mais d'autres fois il constitue une fausse membrane, dont l'aspect seul ne permet pas un diagnostic différentiel ; cependant celle-ci est plus molle, moins sèche, moins fibreuse que celle de la diphthérie vraie.

La terminaison est heureuse, la durée de la maladie courte : cependant, il peut survenir des rechutes affectant la même allure clinique que la première poussée. On peut même dans ces angines à streptocoques observer des accidents laryngés accompagnés de crises de suffocation qui peuvent faire croire au croup vrai.

Inutile de faire ressortir l'importance qu'il y a à faire dans ces cas un diagnostic précis, soit d'après l'ensemble des phénomènes cliniques, soit même encore par l'examen bactériologique. On devine le danger que courent de tels malades quand on les

hospitalise dans des pavillons de diphtérie, et inversement la surinfection à laquelle ils exposent à leur tour les diphtériques.

Ces angines streptococciques bénignes s'améliorent rapidement dès qu'on emploie le traitement antiseptique : un collutoire au salol et des lavages chauds à l'acide salicylique au 1/1000^e réunissent bien.

M. L.

Importance de l'angine scarlatineuse, par BURLUREAUX. (*Journal de méd. et de chir. pratiques*, 10 décembre 1892, p. 900, art. 15371.)

B. pose le principe suivant : c'est par l'angine que la scarlatine est grave et que les scarlatineux succombent. Il a remarqué en effet que la gravité de la scarlatine est directement proportionnelle à la gravité de l'angine. Chez un scarlatineux qui a dans la gorge de fausses membranes abondantes, épaisses, difficiles à détacher, et se reproduisant en quelques heures, on peut porter un pronostic grave ; les conditions sont-elles inverses, on peut dire que la maladie sera bénigne, cédera en cinq ou six jours et ne présentera aucune complication.

B. croit que les scarlatineux qui succombent meurent presque tous par streptocophémie ; et que, quand on voudra le chercher, on trouvera le streptocoque dans le sang des scarlatineux agonisants. La scarlatine n'est donc pas cette maladie traîtresse dont Trousseau dénonçait la malignité ; elle est surtout grave par l'angine concomitante, qui dépend d'une infection secondaire et n'appartient pas à la maladie elle-même. Il faut donc surveiller de très près cette complication redoutable, faire gargariser le malade toutes les heures, dût-on le réveiller la nuit, et surtout lui faire deux ou trois fois par jour des irrigations antiseptiques, tout comme dans la diphtérie. Aucun des hommes dont B. a pu ainsi soigner la gorge, n'a succombé à sa scarlatine.

M. L.

Traitement de l'angine diphtéritique, avec examen bactériologique, par le phénol sulfuriciné, par A. JOSIAS. (*Médecine moderne*, 28 avril 1892.)

J., comme il est de règle en pareille matière, insiste sur l'examen bactériologique de la fausse membrane, puis il aborde le traitement de la diphtérie par le procédé qu'il a mis en pratique à l'hôpital Trousseau. L'acide phénique paraît être l'agent le plus efficace dans la diphtérie, il constitue la base du traitement de l'auteur. Voici sa formule.

Acide phénique. 20 grammes.
Sulfocinate de soude 80 grammes.

Ce mélange est bien connu sous le nom de phénol sulfociné.

Dans un premier temps, à l'aide d'un tampon d'ouate hydrophile sèche, on essaie d'enlever ou au moins de dessécher les fausses membranes, et dans un deuxième temps on touche (sans badigeonner) chaque fausse membrane avec un autre tampon imbibé du médicament. Cette pratique est renouvelée quatre fois pendant le jour, une ou deux fois pendant la nuit. Entre chaque opération, on fait des irrigations à l'eau de chaux pour faciliter le détachement de la fausse membrane. Ces attouchements, peu douloureux, sont bien supportés. On persévère dans cette pratique tant que les fausses membranes se reproduisent. La maladie enrayée, par prudence on continue la médication antiseptique en faisant des badigeonnages trois ou quatre fois par jour avec une solution glycinée salicylique (1/30). Lavages de la bouche avec une solution boriquée à 3/100. Naturellement les forces de l'enfant sont soutenues par tous les toniques convenables. J. a établi la statistique des cas traités par lui au point de vue du début de la maladie.

1 cas au 1^{er} jour donnant 1 guérison.

10	—	2 ^e	—	10	—
7	—	3 ^e	—	7	—
8	—	4 ^e	—	4	— et 4 morts.
4	—	5 ^e	—	2	— et 2 —
2	—	au delà du 6 ^e jour donnant 2 morts.			

Soit en tout 32 cas traités. La méthode employée sera d'autant plus efficace, on le voit, que le médecin aura pu agir à une époque plus rapprochée du début de la maladie. Et J. conclut par cette phrase consolante : « L'angine diphthérique traitée dès son début est une maladie qui doit guérir, sauf dans des cas exceptionnellement toxiques. »

F. HELME.

Examen clinique et bactériologique de deux cents enfants, entrés au pavillon de la diphtérie à l'hôpital des Enfants-Malades, par LOUIS MARTIN. (*Annales de l'Institut Pasteur*, 25 mai 1892, n° 5.)

Après avoir lu ce long travail, impossible à analyser en ses détails, on demeure encore plus convaincu qu'auparavant de la

nécessité de l'examen bactériologique de tous les cas d'angine blanche; examen non point de laboratoire mais de clinique hospitalière. L'ensemencement sur serum coagulé est facile et donne de bons résultats au bout de 24 heures. En revanche, quelque habitude qu'on en puisse avoir, on ne peut pas diagnostiquer à coup sûr une angine diphthérique par l'inspection de la gorge.

Colossal est le nombre des erreurs de diagnostic auxquelles mène l'emploi de la seule séméiologie clinique. Ainsi, sur 200 enfants envoyés au pavillon de la diphthérie, 72 n'étaient pas diphthériques. 36 pour cent d'erreur de la part de cliniciens que leur situation rend cependant des plus habiles en la matière! Et cette recherche des microbes des fausses membranes, élémentaire en sa simplicité technique, fixe du même coup diagnostic et pronostic. Elle permet de distinguer :

1° L'angine à *petit cocci de Roux et Yersin*, en tous points semblable cliniquement à l'autre, mais guérissant très vite et sans laisser après elle d'accidents toxiques.

2° L'angine à *streptocoques*, de pronostic grave, mais rarement mortelle.

3° L'angine *diphthérique pure*.

4° L'angine *diphthérique associée* : a) aux *streptocoques* : association des plus graves : forme hypertoxique des anciens ; elle doit bien sa sévérité aux phénomènes de symbiose microbienne, car, le bacille de Klebs recueilli dans ce cas est peu virulent, d'une part ; et d'autre part le streptocoque, à lui seul, produit une angine presque toujours curable.

b) aux *cocci de Roux-Yersin* : association favorable, sorte de bactériothérapie spontanée ; plus il y a de cocci, plus le pronostic est bénin.

M. L.

Du traitement de la diphthérie par la glucose, par G. FERRÉ.

(Congrès de l'Ass. franç. pour l'avanc. des sc., 21^e session. 1892.)

L'auteur a été frappé de la bénignité d'une angine diphthérique survenant chez un enfant diabétique. Il s'est demandé dans quelle mesure le diabète pouvait atténuer la virulence du bacille de Löffler. Pour cela, il a cultivé ce microbe sur des milieux additionnés de glucose ; et il a vu se développer dans ces milieux une forte acidité qui rapidement atténue l'agent de la diphthérie. Ne pourrait-on en clinique essayer la glucose comme topique local contre la fausse membrane ?

M. L.

Note sur un cas de contagion de la diphtérie, par G. LEMOINE.
(*Lyon médical*, 20 novembre 1892, n° 47, p. 406.)

Quelle doit être la durée de l'isolement d'un enfant diphtérique guéri ? Nous savons que le convalescent de diphtérie peut communiquer la maladie aux personnes de son entourage, tant qu'il est porteur de fausses membranes : les bacilles persistent dans celles-ci, tant qu'il n'en demeure qu'une parcelle.

Même quand toute trace d'exsudat membraneux a disparu, l'enfant peut encore contaminer son entourage. Il a été démontré que le bacille de Löffler conserve toute sa virulence dans la bouche deux semaines après guérison. Bard, en 1888, a rapporté des cas où un malade avait été contagionné par un convalescent au 40^e jour.

La conservation de la virulence dans l'organisme du malade peut encore être plus longue. L. relate une observation où la contagion a eu lieu 89 jours après le début de l'affection première et 63 jours après la guérison complète. Il y démontre également la précocité du pouvoir contagieux de la diphtérie qui peut se propager alors même que l'enfant qui en est atteint ne présente encore absolument aucun malaise.

Conclusion : l'isolement d'un diphtérique guéri doit être au moins de trois mois. De plus, il ne faut pas se contenter de purifier la chambre qu'a habitée le malade, mais purifier le malade lui-même en pratiquant des lavages antiseptiques de la bouche et des fosses nasales.

M. L.

La contagiosité de l'amygdalite aiguë et son traitement, par CH. ELOY. (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 11 mai 1892, n° 19.)

L'amygdalite aiguë, maladie infectieuse, est-elle contagieuse ? Quel doit être le traitement prophylactique et curatif de cette affection ? Telle est la question développée dans cet article. L'auteur rapporte tout d'abord les travaux publiés sur la contagiosité de l'amygdalite tant en France qu'à l'étranger. Qu'il s'agisse d'épidémie d'hôpital, de famille ou d'école, tous les faits de contagion paraissent nets et précis. Ceux de Tissier (épidémie d'hôpital) sont bien connus et ils semblent réduire à néant le rôle attribué aux influences atmosphériques dans la propagation de la maladie puisque les malades ne quittaient pas le lit. Suivent les cas observés par M. Eloy (épidémie de famille, épidémie scolaire).

Par quelle voie la contagion se fait-elle ? Par l'eau ? non ; à

preuve les individus d'une même famille vivant en des quartiers différents. Par l'air? cela est possible, vraisemblable même, mais on n'a pas de preuves convaincantes. Quant au contact direct, il existe bien deux observations assez probantes; mais suivant le vieil adage : testis unus, testis nullus.

Le traitement des amygdalites aiguës consistera d'abord dans la désinfection du milieu buccal. Suivent les diverses indications et méthodes de thérapeutique sur lesquelles nous d'insisterons pas. L'auteur recommande surtout l'antisepsie interne et il appuie sur son importance. Tout cela constitue la prophylaxie de l'individu. Mais ce n'est pas tout; il y a lieu encore de songer à la prophylaxie sociale : isolement des malades, éloignement rigoureux des prédisposés, etc.

C'est donc une mobilisation de toute la thérapeutique en vue d'une maladie d'habitude bénigne? A cela Trousseau, Rilliet et Barthez, les maîtres qui n'ont pas connu la bactériologie, répondront. Le premier écrivait le mot d'intoxication à propos d'un cas mortel d'amygdalite. Le second comparait cette maladie aux grands états infectieux. Plus heureux que nos devanciers, puisque nous connaissons des phénomènes et des causes qu'ils ignoraient, serions-nous moins vigilants qu'eux? Le traitement rigoureux s'impose donc d'une façon absolue. F. HELME.

De l'amygdalotomie comme traitement préventif de la diphtérie, par le Dr LANCRY. (*Journal des sciences médicales de Lille*, 29 août 1892.)

L'hypertrophie amygdalienne prédispose l'enfant aux angines infectieuses et particulièrement à l'angine diphtérique : l'hérédité de cette affection explique la propension spéciale des membres de certaines familles à contracter la diphtérie. Presque tous les cas que L. a observés se sont manifestés chez des enfants atteints d'hypertrophie amygdalienne. Aussi faut-il enlever les amygdales hypertrophiées de ces enfants quand dans leur famille un cas de diphtérie s'est présenté. M. L.

Du rôle des amygdales et des inconvénients de leur ablation, par H. GESCHWIND. (*Semaine médicale*, 5 octobre 1892, n° 50, p. CXCIII.)

Les amygdales jouent, au-levant de l'ouverture buccale du pharynx, le même rôle que le nez avec ses poils, ses détours humides, ses cornets couverts de mucus, et la glande de Luschka au second plan : elles retiennent au passage les infiniment pe-

tits contenus dans l'air inspiré. « Ces deux éponges vivantes, de concert avec la luette, obstruent partiellement le passage et empêchent la pénétration des poussières en général, et parmi elles de celles qui peuvent nous nuire. » Conclusion : il faut se garder d'enlever les amygdales, même hypertrophiées, même plus ou moins dégénérées.

M. L.

De quelques symptômes dus à l'hypertrophie de la quatrième amygdale, par CL. CHAUVEAU. (*Archives intern. de laryngologie*, t. V, n° 5, p. 281, septembre-octobre 1892.)

Malade de 40 ans, robuste. Crises caractérisées par une douleur pongitive, subite, au niveau de la grande corne gauche de l'os hyoïde, avec sensation de constriction de la gorge, et irradiations vers la joue, l'oreille, le sternum et la région pectorale gauche. Presque immédiatement un flot de salive inonde la moitié gauche de la bouche; puis le bras et la jambe gauches sont secoués par un tremblement précipité, et le côté gauche de la face se contracture. L'accès dure une demi-minute. Il survient rarement spontanément. D'ordinaire il est provoqué par la déglutition. Quelquefois aussi par une inspiration d'air froid.

Ces crises ont commencé il y a dix ans; depuis trois ou quatre ans elles ont augmenté de fréquence et de durée. Actuellement il y en a une dizaine par heure, presque chaque fois que le malade avale sa salive.

L'examen direct ne montre aucune altération du pharynx ni du larynx, sauf une hypertrophie moyenne de l'amygdale linguale, du reste aussi accentuée à droite qu'à gauche; celle-ci présente, surtout sur les parties latérales, un aspect framboisé. Le contact de la sonde avec la partie gauche de l'amygdale linguale provoque des accès : il n'existe aucun autre point spasmodique.

C. détruit au galvano-cautère la tonsille linguale hypertrophiée : dès le lendemain l'amélioration fut sensible, et au bout de trois semaines, les crises avaient disparu.

M. L.

Phlegmons septiques sus-hyoïdiens (angine de Ludwig), phlegmon du médiastin et trépanation du sternum, par M. NÉLATON. (*Bulletin médical*, 1892, n° 56.)

L'auteur rapporte le cas d'un jeune soldat qui, à la suite de l'éruption de la dent de sagesse, eut un phlegmon infectieux sus-hyoïdien. Celui-ci s'étendit ensuite de proche en proche et finit par envahir le médiastin antérieur. Ce dernier accident fit courir au malade les plus grands dangers et nécessita la résection du

sternum. Ce n'est que grâce à une rigoureuse antisepsie que l'on put obtenir la guérison.

Ce qui est tout d'abord intéressant dans cette observation c'est la cause de la maladie, l'éruption de la dent de sagesse, qui a amené une ulcération de la muqueuse et a été la porte d'entrée des germes infectieux. On peut se demander, dit N., si le malade n'a pas eu une angine de Ludwig, mais on est assez mal fixé sur le sens exact de cette dénomination. Les chirurgiens de l'époque de Ludwig rapportent en effet un certain nombre de cas bien nets de phlegmons diffus qu'ils désignent sous le nom d'angine, ce qui ne paraît pas logique. La maladie n'est pas absolument classée et ne doit point être conservée dans le cadre nosologique.

Ce n'est pas à dire que tous les phlegmons du cou se ressemblent, et N. cite deux observations de phlegmons diffus du cou bien dissemblables. Il en est, continue-t-il, de graves entre les graves, mais quant à vouloir désigner sous le terme commun d'angine de Ludwig la septicémie aiguë cervicale plutôt que le phlegmon diffus, rien ne nous y autorise. Pour ce qui est du traitement, il se résume en ceci : l'intervention doit être prompte et énergique et conforme aux règles de la plus rigoureuse antisepsie. On doit toujours se souvenir que ces phlegmons font courir aux malades les plus grands dangers.

F. HELME.

Des phlegmons infectieux sous-linguaux, par SCHWARTZ. (*Rev. gén. de cliniq. et de thérap.*, 27 juillet 1892, n° 30.)

Trois cas personnels, à l'occasion desquelles S. expose ses vues sur la maladie qu'à son avis on a faussement appelée angine de Ludwig, et pour laquelle il propose le nom de *phlegmon infectieux sous-lingual*, afin d'indiquer la localisation exacte de la suppuration qui au début se cantonne dans l'espace situé au-dessous de la langue et au-dessus du muscle mylo-hyoïdien : il reconnaît à cette affection une physionomie clinique spéciale, nettement caractérisée par les symptômes suivants :

1° le gonflement ligneux en cuirasse de toute la région sous-hyoïdienne ;

2° la propulsion du plancher de la bouche vers la voûte palatine ;

3° les accidents dyspnéiques graves qui en résultent ;

4° l'état général qui est celui d'un sujet profondément infecté.

Dans quelques cas rares, la guérison est survenue par ouverture de l'abcès dans la cavité bucco-pharyngée : mais il y aurait

danger à attendre cette issue spontanée du pus ; il faut aller au devant de celui-ci par des incisions précoces, très profondes, et s'attendre à traverser six à sept centimètres de tissus ligneux lardacés pour tomber sur une cavité qui ne contient généralement que peu de liquide.

M. L.

Abcès rétro-pharyngiens chez l'enfant. Leur traitement, par G. PHOCAS. (*Semaine médicale*, 24 décembre 1892.)

A propos d'un cas d'abcès rétro-pharyngien observé chez une petite fille de 19 mois, et que P. opéra en allant à la recherche de l'abcès par la voie cutanée, au moyen d'une incision de 3 centimètres en arrière du bord postérieur du sternomastoidien, l'auteur fait la critique de l'ouverture de ces abcès par la bouche et par la peau.

Par la bouche, difficultés opératoires par suite de la non-chloroformisation (cas de Giraldès qui faillit devenir fatal) ; bouche contracturée, champ opératoire masqué par les régurgitations, lutte contre un enfant qu'asphyxie. Dans ces conditions, le médecin trop timide risque de ne pas atteindre le but, le médecin téméraire risque de le dépasser. Outre ces difficultés, il y a trois catégories de dangers :

1° Hémorragies. Carotide interne repoussée en dedans dans les abcès développés aux dépens des ganglions sous-aponévrotiques situés sur la surface externe des carotides ; hémorragies veineuses chez des enfants faibles et congestionnés par l'effort.

2° Asphyxie par irruption du pus dans les voies respiratoires.

3° Septicémie. Pneumonies septiques analogues à celles qui se développent à la suite des opérations pratiquées sur la langue. Impossibilité de faire de l'antisepsie. En outre l'abcès se referme trop tôt, il faut rouvrir.

P. termine en relatant les succès qu'ont obtenus, en ouvrant par la peau les abcès rétro-pharyngiens, de Saint-Germain, Burkhard, Pollard, Watson-Cheyne.

F. HELME.

Sur la pathogénie de la stomatite mercurielle, par M. LERMOYER. (*Bulletin médical*, n° 51, 22 juin 1892.)

La leçon de L. a pour texte l'observation d'une malade qui eut, à la suite de l'usage de gargarismes au cyanure de mercure, de la stomatite mercurielle, stomatite rapidement guérie par le traitement antiseptique approprié, lavages boriqués, etc.

D'une façon générale le mercure joue-t-il un rôle dans la stomatite mercurielle ?

Tout d'abord, dans une ébauche rapide, l'auteur nous expose les théories qui ont eu cours sur le sujet : 1^{re} théorie ancienne : influence malfaisante du mercure dans la bouche; 2^o absorption du mercure, d'où salivation, et inflammation de la bouche. Mais souvent on observe de la stomatite sans salivation, d'où une troisième théorie d'après laquelle il devait exister dans la bouche une tare quelconque que le mercure exaltait. Puis vient la révolution microbienne. Bockhart enseigna d'abord que le rôle du mercure se borne au premier acte de la stomatite; il empêche la régénération de l'épithélium buccal, et, les barrières qui protègent les tissus étant détruites, le microbe entre en scène. C'est une intoxication locale.

Avec Renzi les stomatites ne sont plus mercurielles du tout, elles sont septiques et cela seulement. A peine si le mercure favorise la décomposition des liquides buccaux, mais en tous cas son rôle est aussi banal que celui de tout autre irritant. Et la preuve, dit Renzi, c'est que le mercure peut guérir la stomatite qu'il a produite, « similia similibus ! » Après Renzi, Galippe s'efforce de briser les vieux cadres nosologiques et de montrer qu'on peut considérer comme identiques les stomatites toxiques et les stomatites septiques. Pas d'étiologie spécifique; pas de phénoménalité spéciale; succès de l'antisepsie buccale, fût-elle mercurielle, tel est le trépied sur lequel s'appuie la théorie nouvelle.

Et c'est à ce point que L. prend la question. Il établit d'abord rapidement que le mercure est bien la cause déterminante de la stomatite hydrargyrique. Cet agent a un caractère tout personnel que ne possèdent pas quantité de médicaments qui s'éliminent par la bouche. Pour ce qui a trait aux symptômes, la clinique montre nettement la différence qui existe par exemple entre la stomatite ulcéro-membraneuse et la stomatite mercurielle, sans compter que de moins en moins la symptomatologie doit entrer en ligne dans la classification nosologique. Viendra-t-il à l'idée de quelqu'un de vouloir identifier les rosébles parce qu'elles se ressemblent, alors qu'elles ont les causes les plus diverses ? Enfin il y a l'épreuve du traitement. Le mercure ne guérit pas la stomatite mercurielle puisque son usage l'exaspérait dans son observation. La guérison survient au contraire avec l'emploi d'antiseptiques anodins. Alors que croire ? continue L. Où est la vérité ? — Voici son opinion; elle fait la part

des idées classiques et de la théorie nouvelle. Pour lui, le mercure commence la stomatite, les bactéries la continuent. Le mercure est le « primum movens ». Avant de devenir simplement septique la stomatite aura été mercurielle, bismuthique, ulcéro-membraneuse, etc. La stomatite septique est une maladie qui finit, rien de plus.

L'antisepsie de la bouche reste le meilleur traitement de la stomatite mercurielle. Mais l'auteur conseille de ne pas trop, en la question, cultiver le paradoxe ; cela peut être charmant en théorie ; mais, dans le domaine de la pratique, les malades pourraient avoir à en pâtir, ce qu'il faut avant tout éviter. F. HELME.

Le goitre exophtalmique chirurgical. par E. LEFLAIVE. (*Bulletin médical*, 1^{er} juin 1892, n° 45.)

Si l'on admet volontiers aujourd'hui que le goitre exophtalmique doit être considéré comme une névrose générale, la pathogénie de cette affection n'en reste pas moins fort complexe, et en certains points très obscure. Cependant le jour se fait peu à peu dans l'étiologie de la maladie de Basedow ; de nouvelles causes se découvrent, grâce à la connaissance desquelles la chirurgie entre en scène, non sans succès, on va le voir.

C'est ainsi qu'en ces derniers temps, dit L., l'attention a été attirée sur quelques faits qui paraissent établir une relation de cause à effet entre le développement du goitre exophtalmique et certaines lésions accessibles aux moyens chirurgicaux. Sans que la lésion locale soit toute la chose, il semble dans des cas bien nets qu'une affection d'ordre chirurgical ait éveillé la névrose générale. Et ici deux grands groupes de lésions pouvant produire le goitre : 1^o lésions des fosses nasales ; 2^o lésions du corps thyroïde.

Les faits liés aux affections des fosses nasales sont assez rares. L'auteur en a relevé sept dans la littérature médicale (Musehold, Semon, Hack, Mendel, etc.), produits pour la plupart par l'obstruction des fosses nasales (l'hypertrophie des cornets). Il en ajoute un nouveau, tiré de sa propre pratique et dans lequel un coryza chronique aurait déterminé la maladie de Basedow. Dans tous ces cas le traitement local de l'affection nasale fit disparaître l'affection générale.

Il est d'autres faits qui se rapportent à la glande thyroïde elle-même. Ici le goitre est la chose primitive. Ce n'est que plus tard que surviennent les accidents généraux. Les observations de Lasvènes (thèse de Paris, 1891), de Tillaux (thèse de

Bénard, Paris, 1882), montrent que si l'on enlève la tumeur thyroïdienne on supprime les symptômes de la maladie, et cela quelle que soit la nature de la tumeur, le siège seul paraissant être en cause.

On ne peut indiquer de règle opératoire : tout dépend ici du cas particulier.

L'auteur s'élève contre les interventions trop souvent intempestives. Ce qu'il importe de se rappeler, dit-il en terminant, c'est que les opérations de ce genre sont graves et qu'on ne doit les effectuer que lorsque la pathogénie des accidents est bien connue et que le traitement médical a complètement échoué.

F. HELME.

Adhérence des piliers postérieurs au pharynx. Libération.

Appareil prothétique. Guérison, par le D^r ALBERTIN. (*Soc. des sc. méd. de Lyon. in Lyon méd.*, 27 novembre 1892, n° 48, p. 455.)

A. rapporte une observation d'adhérence cicatricielle des piliers postérieurs du voile du palais à la suite d'une angine variolique datant de 1870. Par suite de ces adhérences, la communication du naso-pharynx avec l'oro-pharynx n'avait plus lieu que par un orifice étroit, ce qui amenait une gêne considérable de la respiration.

Depuis quelque temps, le malade, âgé de 46 ans, emphysémateux, était de plus en plus gêné par son infirmité et il réclama une intervention. L'opération consista à libérer les piliers postérieurs d'avec les parois du pharynx au moyen d'un bistouri à longue lame coudée à angle droit. Pour empêcher les tissus sectionnés de contracter entre eux de nouvelles adhérences, A. construisit un appareil prothétique; celui-ci consistait en une plaque rectangulaire s'appliquant sur la paroi postérieure du pharynx et dont le prolongement se moulait sur la convexité postérieure du voile du palais. Au bout d'un mois on enleva l'appareil: le malade était guéri.

M. L.

Note sur un caractère différentiel d'un streptocoque de la bouche, par M. F. MAROT. (*Journ. des connaissances méd.*, 17 nov. 1892, n° 46, p. 394.)

Au cours de recherches faites au laboratoire du professeur Grancher, l'auteur a trouvé dans diverses bouches, saines et malades, un streptocoque qui paraît se différencier assez nettement du streptocoque de Fehleisen.

Il est formé de chaînettes de six à vingt éléments, souvent

courbés à angle droit : l'aspect, la longueur varient suivant les milieux de culture. Les éléments sont plus gros que les cocci de l'érysipèle ; ils sont surtout irréguliers, les plus gros ayant une forme ovale.

Ce streptocoque prend le Gram. Il pousse à la température ordinaire, mais mieux dans l'étuve à 37°.

Sur plaques de gélatine, colonies blanches, à bords nets, à surface granulée, analogue à celles de l'érysipélocoque. En piqûre dans la gélatine, au bout de quarante-huit heures, trainée de grains arrondis transparents, séparés. La gélatine n'est pas liquéfiée.

Sur gélose : grains blancs, un peu plus bleutés, plus aplatis que ceux du Fehleisen.

Dans le bouillon à 37°, au bout de vingt-quatre heures, flocons déposés au fond du tube ; si on agite celui-ci, les flocons se répandent dans le bouillon, sans le troubler. Au contraire, le dépôt de l'érysipélocoque est formé de grains beaucoup plus fins : la moindre agitation produit dans le bouillon un trouble prolongé.

La culture sur pomme de terre est le meilleur signe distinctif du nouveau streptocoque : alors que l'érysipélocoque n'y fournit aucune culture apparente, le streptocoque nouveau donne au bout d'un jour des grains arrondis, transparents, devenant d'un blanc laiteux au bout de quarante-huit heures. Ce dernier caractère est constant.

Ce microbe est inoffensif pour les souris blanches, pour le cobaye. Inoculé à l'oreille du lapin, il produit un gonflement beaucoup moins marqué que celui que produit le Fehleisen.

L'auteur ne peut encore définir le rôle pathogène de ce coccus. Il l'a trouvé en grande abondance et presque à l'exclusion de tous autres dans plusieurs cas d'angine pullacée. M. L.

La tropacocaïne. (*Semaine médicale*, 1892, page CLXXIV.)

Substance isolée de la coca du Japon par Giesele. Analgésique local qui, sous certains rapports, paraît supérieur à la cocaïne ; il est beaucoup moins toxique que celle-ci et son action anesthésiante est plus rapide à apparaître ; en revanche elle disparaît plus vite. D'autre part, les solutions de tropacocaïne, légèrement antiseptiques, conservent leur efficacité pendant deux ou trois mois, tandis que les solutions de cocaïne commencent à se décomposer et à perdre leur action analgésique au bout de quelques jours.

PRESSE ÉTRANGÈRE

Un cas d'atrésie du larynx dérivée d'une laryngite catarrhale.

Intubation, présentation de la malade, par DE ROALDES. (*New Orleans med. and surg. Journal*, février 1892.)

L'auteur rapporte l'observation d'une femme âgée de 41 ans qui, à la suite d'une chute dans l'eau, onze ans auparavant, contracta une laryngite. Depuis deux ans, elle est dyspnéique et présente des accès de suffocation, dans l'un desquels la trachéotomie fut pratiquée d'urgence.

A l'examen laryngoscopique, on constate qu'il existe près de la commissure postérieure un orifice du diamètre d'une plume d'oie ; dans tout le reste de leur étendue, les cordes vocales sont unies étroitement par une membrane. Ni syphilis, ni tuberculose.

Un an après la trachéotomie, l'auteur entreprit de cathétériser le larynx. Il put introduire une sonde très mince par la plaie trachéale ; lorsque cette sonde fut arrivée dans le pharynx, il lui adapta un fil à ligature dont il ramena l'extrémité par la plaie de la trachéotomie. Les deux bouts du fil furent noués devant le menton. Il agrandit peu à peu l'orifice laryngé en y introduisant jusqu'à huit fils : à ce moment l'orifice put admettre le tube de Schrötter n° 1, qui resta à demeure pendant une demi-heure. On introduisit ainsi des tubes de plus en plus gros. Huit jours après, l'auteur put faire pénétrer dans le larynx un tube d'O'Dwyer d'enfant : il attend actuellement les mêmes pour adultes.

Cette sténose dérivant d'une simple laryngite à frigore est contestée par la majorité des auteurs. Il existe pourtant un cas de Schrötter qu'on peut superposer à celui-là.

L'auteur termine son intéressant article en passant en revue les trois méthodes employées pour combattre l'obstruction laryngée à savoir :

- a) La méthode endolaryngée,
- b) La dilatation avec trachéotomie préalable,
- c) La laryngotomie.

On devra recourir d'abord au premier de ces trois procédés à l'aide soit des sondes et des tubes qu'on ne peut laisser en place que peu de temps, soit des tubes d'O'Dwyer qui peuvent séjourner dans le larynx des semaines et des mois. L'emploi de

ces tubes rend les plus grands services dans les sténoses syphilitiques notamment et remplace avantageusement la trachéotomie.

H. MENDEL.

Traitement de la rhinite hypertrophique par l'électrolyse, par W. SCHEPPEGRELL (Nouvelle-Orléans). (*New Orleans med. and surg. Journal*, septembre 1892.)

Après une excellente description de la sténose nasale et des inconvénients divers qu'elle entraîne, l'auteur passe en revue les moyens de traitement employés contre l'hypertrophie des cornets et principalement du cornet inférieur.

La cautérisation chimique a l'inconvénient de ne pouvoir être limitée aux points hypertrophiés et spécialement visés ; la cautérisation électrique, qui n'offre pas ces désagréments, cause parfois une assez forte réaction fébrile avec évacuation de pus et de sang, fait qui s'explique par la création dans le nez d'une blessure ouverte aux germes extérieurs.

L'électrolyse, si efficace contre les hypertrophies en général, a donné entre les mains de l'auteur d'excellents résultats dans l'affection qui nous occupe.

Une batterie d'une cinquantaine de volts est nécessaire, ainsi qu'un bon rhéostat et qu'un milliampère. Une des électrodes, représentée par une plaque de cuivre, est placée sur la nuque du malade ; l'autre électrode consiste en une aiguille de platine isolée. Après une cocaïnisation bien faite, on introduit doucement l'aiguille dans la partie la plus hypertrophiée du cornet inférieur ; un tube de gutta-percha est destiné à isoler dans les fosses nasales la partie de l'aiguille non introduite dans le cornet. Quoique les deux pôles puissent donner chacun de bons résultats, l'auteur préfère se servir du pôle négatif qui peut être extrait des tissus plus facilement après l'opération.

Les meilleurs résultats ont été obtenus avec un courant de 10 milliampères, appliqué pendant 10 minutes. On n'obtient rien à moins de 5 milliampères. Le temps d'application doit nécessairement varier en raison inverse de l'intensité du courant. Après extraction de l'aiguille, il convient de recouvrir la petite plaie avec du collodion. Cette méthode n'a comme inconvénient que de nécessiter un traitement assez long.

H. MENDEL.

Végétations adénoïdes du naso-pharynx et leur traitement, par DE ROALDES (Nouvelle-Orléans). (*New Orleans med. and surg. Journal*, août 1892.)

Mémoire lu devant la Société médicale de l'Etat de la Loui-

sians. L'auteur retrace les données actuellement connues sur l'anatomie pathologique et l'histoire de la question. Il insiste sur l'influence du climat et de l'humidité comme agents producteurs des végétations, et sur le grand nombre de cas observés et opérés à la Nouvelle-Orléans. Pour de Roaldes, de même que pour Meyer, Morell-Mackenzie et autres auteurs, la perforation du voile du palais ou du palais osseux est une cause déterminante des végétations.

Les nègres — probablement à cause des dimensions plus grandes de leur cavum pharyngé — sont moins souvent atteints que les blancs. L'hérédité joue également un grand rôle dans l'étiologie des végétations adénoïdes.

L'auteur passe ensuite en revue les symptômes classiques de l'affection qu'il étudie : troubles de la respiration, de la voix et de l'audition, aprouxémie, déformation de la face.

Le traitement se réduit à l'ablation des végétations, opération que l'auteur effectue à l'aide de la pince de Lœwenberg et de la curette de Gottstein modifiée par Moritz Schmidt. L'emploi simultané de ces deux instruments dans la même séance donne d'excellents résultats.

Quoique n'ayant pas personnellement une expérience suffisante au sujet de l'emploi du bromure d'éthyle, l'auteur pense qu'on a avantage à faire usage de cet anesthésique. H. MENDEL.

ERRATA

Dans l'article du Prof. Cozzolino sur les *nouveaux remèdes*, paru dans le numéro de novembre, prière de lire 1/1000 au lieu de 1/100 pour les doses de *microcidine* et de *chlorure de sodium*.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

FRANCE

Nez.

Lemelletier. Un cas d'empyème de l'antre d'Highmore gauche, avec sécrétion du pus fétide. Ouverture du sinus, guérison au bout de quarante-cinq jours (*Rev. int. de rhin., otol. et lar.*, 20 février 1892).

J. Passy. Sur les minima perceptibles de quelques odeurs. Réponse à M. Ch. Henry (*Comptes rendus hebdomadaires de la Soc. de biol. de Paris*, 26 février 1892).

Ragoneau. Coryza hypertrophique suivi d'anosmie. Guérison (*Rev. de lar., otol. et rhin.*, 1^{er} mars 1892).

R. Dreyfuss. Les tumeurs malignes épithéliales des fosses nasales (*Arch. int. de lar., rhin., otol.*, mars-avril 1892).

H. Chatellier. Kystes par rétention glandulaire de la partie antérieure des fosses nasales (*Arch. int. de lar., rhin. et otol.*, avril 1892).

A. Gastex. Du rhinosclérome (*Rev. lar., rhin. et otol.*, 15 mars et 1^{er} avril 1892).

Seifert. Sur l'emploi de la cocaïne (*Rev. de lar., rhin. et otol.*, 15 mars 1892).

Heurtaux. Kyste de la peau du nez (*Soc. anat. de Nantes*, 27 janvier; in *Gaz. méd. de Nantes*, 12 mars 1892).

Milsom. Du diagnostic de l'empyème du sinus maxillaire au moyen de la transparence de la face (*Marseille méd.*, 30 janvier 1892).

Potiquet. Etude critique sur l'étiologie des déviations de la cloison nasale (*Médecine moderne*, 17 et 24 mars 1892).

J. Tellier. Contribution à l'étude des fibromes naso-pharyngiens chez la femme. Une observation chez une jeune fille de 15 ans avec examen microscopique (*Gaz. hebdomadaire de méd. et chir.*, 19 mars 1892).

M. Gros et L. Imbert. Epistaxis répétées chez deux paludéens, action favorable des révulsifs appliqués sur la région splénique (*Nouveau Montpellier méd.*, 27 février 1892).

Arnozan. Du lupus de la joue consécutif aux lésions tuberculeuses de la muqueuse nasale, par l'intermédiaire d'une fistule lacrymale (*Arch. d'ophtalm.*, novembre-décembre 1891).

Balade. Ulcération destructive du nez (*Soc. d'anat. et physiol.; Journ. de méd. de Bordeaux*, 13 mars 1892).

Jacquet. Sur un cas de rhinosclérome; absence du bacille de Frisch (*Ann. de dermat. et syphil.*, février 1892).

Maucclair. Considérations anatomiques et pathologiques sur la cloison des fosses nasales aux différents âges (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, fasc. 6, mars 1892).

A. Guillemain et A. Terson. Les complications orbitaires et oculaires des infections des sinus frontal, maxillaire, sphénoïdal (*Gaz. des hôp.*, 9 avril 1892).

H. Chatellier. Déviations non traumatiques de la cloison des fosses nasales. Classification. Embryologie. Règles générales de traitement (*Bull. et mém. de la Soc. de lar., otol. et rhin. de Paris*, mars 1892 et *Arch. int. de lar., rhin. et otol.*, mai-juin 1892).

Guignard. Du rhinosclérome (*Thèse de Paris*, avril 1892).

A. Pilliet. Note sur la présence de cellules géantes dans les végétations adénoïdes du pharynx (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, fasc. 8, mars 1892).

P. Tissier. Des corps étrangers introduits dans le nez (*Ann. de méd. scient. et prat.*, 27 avril 1892).

L. Wroblewski. Contribution à l'étude des végétations adénoïdes. Les végétations adénoïdes chez les sourds-muets (*Rev. de lar., otol. et rhin.*, 1^{er} mai 1892).

Ziem. Contribution au traitement des sténoses nasales (*Rev. int. de rhin., otol., et lar.*, avril 1892).

Derchen. Etude sur l'empyème des sinus frontaux (*Thèse de Paris*, mai 1892).

Mounier. Sur une cause rare d'épistaxis (*France méd.*, 6 mai 1892).

Jouslain. Traitement de l'ozone par l'électro-chimie (chlorure de cuivre) (*Soc. française d'électrothérapie*, séance du 21 avril; in *Progrès méd.*, 7 mai 1892).

Bergonié et Mours. Traitement par l'électrolyse des éperons de la cloison (*Soc. française d'électrothérapie*, séance du 21 avril; *Rev. int. d'électrothérapie*, avril 1892).

Marchand. De l'eczéma de la moustache; ses rapports avec les affections nasales (*Thèse de Paris*, mai 1892).

A. Ruault. Note sur le traitement du catarrhe de l'amygdale pharyngée, et en particulier de sa forme circonscrite dite angine de Tornwald (*Arch. de lar., rhin. et otol.*, mai-juin 1892).

Luc. I. Deux cas d'anosmie consécutifs à des opérations intra-nasales. II. Deux cas d'empyème fétide du sinus maxillaire sans altération dentaire apparente (*Arch. de lar., rhin. et otol.*, mai-juin 1892).

J. Ricordel. Étude sur une phase de l'évolution de l'ozène (*Thèse de Paris*, mai 1892).

A. Cartaz. Du traitement des suppurations rebelles du sinus maxillaire (*Rev. int. de rhin., otol. et lar.*, mai 1892 et *Arch. int. de lar., rhin. et otol.*, septembre-octobre 1892).

Lacoarret. Sur quelques tumeurs rares de la cloison du nez (*Progress méd.*, 14 mai 1892).

Wagnier. Traitement des fibro-myxomes naso-pharyngiens (*Rev. de lar., otol. et rhin.*, 15 juin 1892).

F. Suarez de Mendoza. Sur quelques inconvénients de la douche nasale et sur le moyen de les éviter (*Rev. de lar., otol. et rhin.*, 15 mai 1892).

Ragoneau. Nouveau spéculum nasi (*Rev. de lar., otol. et rhin.*, 15 mai 1892).

Chabory. De l'influence des affections nasales sur l'appareil respiratoire (*Thèse de Paris*, mai 1892).

C. Conil. Des résultats obtenus par la méthode de Golgi appliquée à l'étude du bulbe olfactif (*Comptes rendus heb. des séances de la Soc. de biol. de Paris*, 20 mai 1892).

Jouslain. Traitement de l'ozène par la méthode du Dr Gautier; l'électrolyse interstitielle (*Rev. internat. d'électrothérapie*, avril 1892).

P. Tissier. Considérations pratiques sur certaines maladies des yeux dépendant de lésions des fosses nasales ou des sinus (*Ann. de méd. scient. et prat.*, 23 mai 1892).

M. Natier. Un cas d'empyème de l'antre d'Highmore (côté gauche) avec sécrétion de pus fétide. Ouverture du sinus par perforation du rebord alvéolaire au moyen d'un trocart ordinaire. Guérison complète au bout de 43 jours (*France méd.*, 27 mai 1892).

Garrigou-Desarènes. De l'électrolyse nasale à l'aide de la lame à aiguilles (*Rev. int. de rhin., otol. et lar.*, mai 1892).

G. Darzens. Sur un nouveau mode de traitement de la syphilis et en particulier de la syphilis grave des fosses nasales, par l'administration combinée des iodures de potassium, de sodium et d'ammonium. Avantages de ce procédé et explication de son succès (*Rev. int. de rhin., otol. et lar.*, mai 1892).

Lavrand. Tumeurs adénoïdes. Deux récidives successives dans un cas et une seule récidive dans un autre cas (*Rev. de lar., otol. et rhin.*, 1^{er} juin 1892).

H. Favier. Fracture de la base du crâne; écoulement intermittent du liquide céphalo-rachidien par le nez (*Gaz. heb. de méd. et chir.*, 4 juin 1892).

Lavrand. Epistaxis; tamponnement antéro-postérieur et traitement local (*Journ. des sc. méd. de Lille*, 13 mai 1892).

H. Hallopeau. Dysidrose du nez (*Soc. franç. de dermat. et syphil.*, séance du 9 juin 1892).

Gouraud. Tumeur adénoïde de la grosseur d'une noisette enlevée à l'aide d'un nouveau couteau (*Soc. de méd. de Nantes*, 23 mai; in *Gaz. méd. de Nantes*, 12 juin 1892).

G. Thibierge. Ichthyose avec lésions des muqueuses nasale et buccale et des cornées (*Soc. franç. de dermat. et syphil.*, séance du 9 juin 1892).

L. Rousseaux. A propos de l'opération des végétations adénoïdes du pharynx nasal (*Rev. de lar., otol. et rhin.*, 15 juin 1892).

C. Astier. Du traitement de certains retrécissements des fosses nasales (*Rev. de lar., otol. et rhin.*, 13 juin 1892).

Jullien. Des procédés d'ablation des polypes naso-pharyngiens (*Thèse de Paris*, juillet 1892).

L. Revillet. Le nez chez les idiots. Déformations. Lésions pathologiques (Broch. de 15 pages; imprimerie Storck, Lyon, 1892).

E.-J. Moure. Sur un nouveau cas de chancre induré de la fosse nasale gauche (*Rev. de lar., otol. et rhin.*, 1^{er} juillet 1892).

L. Lacoarret. Condylomes syphilitiques des fosses nasales (*Rev. de lar., otol. et rhin.*, 1^{er} juillet 1892).

Tétou. Influence du traitement rhino-pharyngien dans la conjonctivite printanière (*Thèse de Paris*, juillet 1892).

Delie. Acné rosacée hypertrophique traitée par la résection partielle du nez (*Soc. de chir. de Paris*, séance du 6 juillet 1892).

Barthélemy. Deux cas de dysidrose du nez (*Soc. de derm. et syphil.*, séance du 7 juillet 1892).

Renous. Quelques considérations sur les migraines en rapport avec les maladies nasales et spécialement avec l'hypertrophie des cornets (*Thèse de Paris*, juillet 1892).

A. Castex. De l'ozène syphilitique (*France méd.*, 29 juillet 1892).

Beausoleil. Transformation kysto-pneumatique des cornets moyens (*Soc. de méd. et chir.; Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 juillet 1892).

E.-J. Moure. Coupes de crânes; déviation osseuse de la cloison; cornets moyens ampullaires; sinus maxillaire cloisonné (*Soc. d'anat. et physiol. de Bordeaux; Journ. de méd. de Bordeaux*, 3 juillet 1892).

C. Astier. Observation de granulations adénoïdes chez un enfant de six semaines (*Bull. et mém. de la Soc. de lar., otol. et rhin. de Paris*, juillet 1892).

Guément. Un cas de réflexe d'origine nasale (*Ann. de la polyclin. de Bordeaux*, avril 1892).

Labrit. Du traitement du coryza chronique atrophique par les pulvérisations au nitrate d'argent (*Thèse de Bordeaux*, juillet 1892).

Hédon. Contribution à l'étude du catarrhe naso-pharyngien chronique (angine dite de Tornwaldt) et de son traitement (*Thèse de Bordeaux*, juillet 1892).

C. Féré, P. Batigne et P. Ouvry. Recherches sur le maximum perceptible de l'olfaction et de la gustation chez les épileptiques (*Compte rendu hebdomadaire des séances de la Soc. de biologie de Paris*, 5 août 1892).

O. Chiari. Expériences relatives à la ponction exploratrice et au lavage de l'antre d'Higmore (*Rev. de lar., otol. et rhin.*, 15 août 1892).

Jayle. Ostéome éburné de la fosse nasale droite avec prolongement orbitaire. Abcès cérébral. Mort (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, fasc. 19 juillet 1892).

P. Tissier. Considérations sur la pathogénie et le traitement de l'asthme (*Ann. de méd. scient. et prat.*, 10, 17 et 24 août 1892).

E.-J. Moure. Traitement du coryza atrophique (ozène) par les pulvérisations concentrées de nitrate d'argent et de chlorure de zinc (*Section des scienc. méd. de l'Ass. franç. pour l'avanc. des scienc.*, Pau, 17 septembre 1892).

Ziem. Des affections intra-oculaires consécutives aux maladies du nez (*Arch. int. de lar., de rhin. et otol.*, septembre-octobre 1892).

P. Tissier. Du rhinosclérome (*Gaz. des hôp.*, 20 septembre 1892).

P. Tissier. De l'asthme des foins (*Ann. de méd. scient. et prat.*, 28 septembre et 12 octobre 1892).

Schindler. Abcès du cerveau, suite d'inflammation du sinus frontal

gauche, d'origine infectieuse (*Arch. de méd. et pharm. milit.*, septembre 1892).

Garnault. Le massage vibratoire et électrique des muqueuses, du nez, du pharynx et du larynx (*Sem. méd.*, septembre 1892).

Duplaix. Les tumeurs adénoïdes et les accès de stridulisme (*Gaz. des hôp.*, 20 octobre 1892).

Houdeville. Contribution à l'étude de l'épistaxis (*Thèse de Paris*, novembre 1892).

Fouard. Des polypes fibro-muqueux des arrièrè-narines (*Thèse de Paris*, novembre 1892).

Sabrazès. Epithélioma polykystique du sinus maxillaire droit. Résection du maxillaire supérieur (*Rev. de lar., rhin. et otol.*, 1^{er} décembre 1892).

J. Thiroloix et C. du Pasquier. Coryza. Suppuration des cellules ethmoïdales et des sinus sphénoïdaux. Lipémie (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, fasc. 26, octobre-novembre 1892).

G. Dieulafoy. Syphilis secondaire nasale (*Ann. de méd. scient. et prat.*, 7 décembre 1892).

Potiquet. Les végétations adénoïdes dans l'histoire. La maladie et la mort de François II roi de France (*Méd. moderne*, 7 décembre 1892).

Potiquet. Des épaississements de la portion antéro-inférieure de la cloison nasale. Rôle des os sous-vomériens et des cartilages de Jacobson (*Arch. int. de lar., rhin. et otol.*, novembre-décembre 1892 et janvier-février 1893).

Coupard. Des accidents locaux et généraux causés par les tumeurs adénoïdes (*Gaz. des hôp.*, 29 décembre 1892).

A. Ruault. Maladies du nez et du larynx (Un vol. de 238 pages; extrait du *Traité de méd.*, tome IV, G. Masson, éditeur, Paris 1892).

Capitan. Traitement du rhume de cerveau (*Méd. moderne*, 7 janvier 1893).

Normand. Contribution à l'étude du traitement par l'électrolyse des polypes naso-pharyngiens (*Thèse de Bordeaux*, 1892).

L. Lichtwitz. Contribution à l'étude de l'hydrorrhée nasale (*Arch. clin. de Bordeaux*, décembre 1892).

F. Verchère. Ablation d'une tumeur des fosses nasales par la rhinotomie médiane (*Soc. méd. du VI^e arrondissement*, séance du 28 novembre; in *France méd.*, janvier 1893).

M. Bresgen. La céphalalgie dans les affections du nez et du pharynx (*Rev. de lar., otol. et rhin.*, 13 janvier 1893).

E.-J. Moure. Sur un nouveau mode de perforation de l'antre d'Highmore (*Rev. de lar., otol. et rhin.*, 13 janvier 1893).

Valude. Empyème des sinus frontaux; trépanation; guérison par première intention (*Bull. et mém. de la Soc. de lar., otol. et rhin. de Paris*, décembre 1892).

A. Ruault. Note sur un signe de la suppuration des cellules ethmoïdales antérieures (*Bull. et mém. de la Soc. de lar., otol. et rhin. de Paris*, décembre 1892).

W. Nikitine. De l'ozène (*Arch. de lar., rhin. otol.*, janvier-février 1893).

Le Bec. Ostéome des fosses nasales (*Arch. de lar., rhin. otol.*, janvier-février 1893).

Ziem. La dernière phase de l'éclairage électrique dans le diagnostic de l'empyème maxillaire (*Rev. int. de rhin., otol. et lar.*, 10 janvier 1893).

Jacquemart. Pourquoi les polypes muqueux des fosses nasales récidivent si souvent après qu'on les a extirpés. Comment peut-on les guérir sans danger de retour? (*Rev. de lar., otol. et rhin.*, 1^{er} et 15 février 1893).

Clarke. Epithélioma squameux de la cloison nasale, considéré comme d'origine prorsopermique (*Sem. méd.*, n° 66, 1892).

Houdeville. Un traitement local de l'épistaxis (*Sem. méd.*, n° 38, 1892).

Girard. Sur l'analyse du mucus concret des fosses nasales (Broch. de 4 pages, Paris 1892).

Lermoyez. Diagnostic des abcès du sinus maxillaire (*Sem. méd.*, 1^{er} février 1893).

M. Natier. Statistique du service de rhinologie, otologie et laryngologie de la Policlinique de Paris (année 1891-92) (*Rev. int. de rhin., otol. et lar.*, 10 et 23 janvier; 10 et 23 février; 10 et 23 mars 1893).

Kafemann. Rapports du tissu adénoïde de la voûte du pharynx avec les paresthésies de la gorge et du nez (*Rev. int. de rhin., otol. et lar.*, 23 janvier 1893).

G. Gratenigo. Vertige et pseudo-angine de poitrine, comme phénomènes réflexes d'origine nasale (*Rev. int. de rhin., otol. et lar.*, 25 février 1893).

T. Goureau. De l'obstruction nasale (*Actualité méd.*, 15 février 1893).

A. Malbec. Ecoulement du sang par les points lacrymaux au cours d'une épistaxis, après le tamponnement des fosses nasales (*Comptes rendus hebdomadaires des séances de la Soc. de biol.*, 10 mars 1893).

O. Chiari. Sur un cas de tumeur tuberculeuse de la cloison chez un enfant, avec poumons sains en apparence. Infection nasale probablement primitive (*Rev. de lar., otol. et rhin.*, 13 mars 1893).

O. Chiari. Vibration des muqueuses des voies aériennes supérieures (*Rev. int. de rhin., otol. et lar.*, 25 mars 1893).

P. Garnault. L'ozène et son traitement. Revue générale (*Sem. méd.*, n° 6, 1893).

A. Cartax. Le massage vibratoire des muqueuses de la gorge et du nez (*Rev. int. de thérap. et pharm.*, 14 et 28 mars 1893).

L. Picqué. Ablation des polypes naso-pharyngiens (*Soc. de chir.*, séances des 12 et 19 avril 1893).

P. Masucci. Contribution à l'étude de la rhinite pseudo-membraneuse (*Rev. int. de rhin., otol. et lar.*, 10 avril 1893).

Ferron. Abcès du sinus maxillaire (*Soc. d'ophthal., otol., lar. et rhin. de Bordeaux et du Sud-ouest*, 21 février; in *Rev. de lar., otol. et rhin.*, 15 mars 1893).

M. Natier. Des polypes de la cloison des fosses nasales (*Revue méd.*, 16 avril 1893).

G. Goris. I. Epithélioma du nez. Ablation du nez. Rhinoplastie complète par la méthode de Langenbeck. Résection partielle du maxillaire supérieur; II. Un cas d'empyème de la bulbe ethmoïdale (cellule ethmoïdale antérieure) (*Rev. de rhin., otol. et lar.*, 25 avril 1893).

Verneuil. Polypes naso-pharyngiens (*Soc. de chir. de Paris*, séance du 26 avril 1893).

Chaput. Autoplastie nasale (*Soc. de chir. de Paris*, séance du 26 avril 1893).

Quénu. Polype naso-pharyngien (*Soc. de chir. de Paris*, séance du 3 mai 1893).

A. Cartax. Sur l'inflammation du sinus maxillaire (*Soc. franç. d'otol. et lar.*, Paris, 12 mai; *Rec. de lar., otol., et rhin.*, 1^{er} juin 1893).

E.-J. Moure. Empyème du sinus sphénoïdal (*Soc. franç. d'otol. et lar.*, Paris, 12 mai 1893).

Lacoarret. Suppuration du sinus frontal (*Soc. franç. d'otol. et lar.*, Paris, 12 mai 1893).

Collet. Lupus ou cancéroïde de la face (*Soc. des scienc. méd. de Lyon*; in *Lyon méd.*, 14 mai 1893).

P. Raugé. Anatomie macroscopique de l'organe de Jacobson chez le

bœuf et le mouton (*Soc. franç. d'otol. et lar.*, Paris 12 mai; *Arch. int. de lar., rhin. et otol.*, juillet-août 1893).

Beausoleil. Deux cas de kyste osseux (*Soc. franç. d'otol. et lar.*, Paris, 13 mai 1893).

A. Castex. Erythème facial par la cocaïne (*Soc. franç. d'otol. et lar.*, Paris, 13 mai 1893).

Marais. Absès du sinus maxillaire, consécutif à une périostite alvéolo-dentaire ancienne (*Soc. de méd. de Caen et du Calvados*, 3 mai; in *Année méd. de Caen*, 13 mai 1893).

P. Raugé. A propos du coryza chronique (*Bull. méd.*, 31 mai 1893).

P. Tissier. Traitement des rhinites chroniques simples (*Ann. de méd. scient. et prat.*, 7 et 21 juin 1893).

Gellé. Empyème du sinus maxillaire consécutif au tamponnement total de la fosse nasale gauche (*Arch. int. de rhin., lar. et otol.*, mai-juin 1893).

R. du Castel. Epithéliome végétant du nez (*Ann. de dermat. et syphil.*, n° 6, 1893).

Montaz. Empyème du sinus frontal (*Dauphiné méd.*, avril 1893).

E. J. Moure. Manuel pratique des maladies des fosses nasales, de la cavité naso-pharyngienne et des sinus de la face (un vol. in-18 Jésus cartonné de 690 pages avec 125 figures en noir dans le texte et 4 planches hors texte en lithographie; 2^e édition complètement remaniée et très augmentée, O. Doin, éditeur, Paris, 1893).

Batut. De l'anatomie des sinus de la face et de leurs inflammations suppuratives (*Bull. de la Soc. de méd. de Toulouse*, 11 avril 1893).

F. Chabory. Des influences des affections nasales sur le tube digestif (*Prog. méd.*, 15 juillet 1893).

Laborde. Le réflexe nasal dans la syncope chloroformique (*Acad. de méd.*, séance du 11 juillet, Paris, 1893).

L. Couëtoux. Théories de l'action nasale sur les lésions oculaires (*Soc. de méd. de Nantes*, 12 juin; in *Gaz. méd. de Nantes*, 12 juillet 1893).

Cheval. Traitement des malformations du septum nasal (*Rev. de lar. otol. et rhin.*, 15 juillet 1893).

Bartoli. Des végétations adénoïdes du pharynx nasal (*Thèse de Paris*, juillet 1893).

P. Raugé. Les tumeurs adénoïdes (*Sem. méd.*, n° 35, 1893).

A. Panné. Résection temporaire du nez maintenue pendant trois semaines pour polypes muqueux des fosses nasales (*Arch. int. de lar., rhin. et otol.*, juillet-août 1893).

H. Luc. Empyème latent du sinus frontal droit sans cause apparente. Traitement par l'ouverture de l'os frontal et le curettage du foyer. Guérison incomplète (*Arch. int. de lar., rhin. et otol.*, juillet-août 1893).

R. Wurtz et M. Lermoyez. Du pouvoir bactéricide du mucus humain et en particulier du mucus nasal (*Comptes rendus hebdomadaires des séances de la Soc. de biol.*, 21 juillet 1893).

Jouslain. De la respiration nasale (*Journ. de méd. de Paris*, 23 juillet 1893).

Fréche. Bride dans l'arrière cavité des fosses nasales (*Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 23, 1893).

Guément. Un cas d'empyème de l'antre d'Highmore; ouverture du sinus par la méthode de Desault (*Ann. de la polyclin. de Bordeaux*, n° 14, 1893).

Jacques. Tumeurs adénoïdes de l'adulte (*Thèse de Bordeaux*, 1893).

S. Duplay. Sur un cas d'ostéo-sarcome de l'apophyse montante du maxillaire supérieur droit (*Rev. int. de rhin., otol. et lar.*, 10 juillet 1893).

C. Goris. I. Névralgie rebelle du nez. Elongation et résection du nerf sous-orbitaire. Guérison. II. Lupus du dos, du nez. Rhinoplastie (*Rev. int. de rhin., otol. et lar.*, 25 juillet 1893).

L. Ollier. D'une opération nouvelle pour l'extraction des polypes fibreux naso-pharyngiens (*Ass. franç. pour l'avanc. des scienc., Congrès de Besançon, 7 août 1893*).

Chapoy. Des polypes naso-pharyngiens congénitaux d'origine ectodermique (*Ass. franç. pour l'avanc. des scienc., Congrès de Besançon, 9 août 1893*).

NOUVELLES

Deux nouvelles cliniques annexées à l'hôpital de la Charité seront ouvertes sous peu à Berlin ; l'une, destinée à l'otologie, sera dirigée par le professeur Trautmann ; l'autre, consacrée aux maladies du nez et de la gorge, aura à sa tête le professeur B. Fraenkel.

Parmi les communications annoncées à la 5^e réunion annuelle de la *Tri-State Medical Society* qui s'est réunie au mois d'octobre dernier à Chattanooga (Tennessee), nous relevons :

Observations de cas de croup membraneux traités par la trachéotomie, par A.-M. Harbin (Calhoun-Ga). — Intubation, par M. Thorner (Cincinnati). — Pathologie des suites des otites moyennes suppurées, par T. Hilliard Wood (Nashville). — Traitement des suites des otites moyennes suppurées, par G.-C. Sayage (Nashville). — Tumeurs adénoïdes naso-pharyngiennes, par E. L. Jones (Chattanooga). — Pathologie et traitement du goitre, par W. C. Townes (Chattanooga).

Ordre du jour de la séance du 3 novembre :

Note sur une variété rare de myxôme nasal, par Luc. — Observation de rupture par effort du conduit auditif externe, par Courtade. — Présentation d'un diapason électrique et d'un galvano-cautère plat pour la voûte du pharynx, par Jouslain.

Nous apprenons par la *Monatschrift für Ohrenheilkunde*, etc., l'apparition d'une nouvelle société consacrée à notre spécialité, la *Société néerlandaise d'otologie, laryngologie et rhinologie*, dont la première réunion s'est tenue à Utrecht, le 2 juillet 1893, sous la présidence du professeur Guye, d'Amsterdam, qui avait pris pour thème de son discours d'ouverture : *Les tendances actuelles de l'otologie*.

Les communications suivantes ont été lues :

I. Un cas de situation anormale de l'antre mastoïdien ; II. Insufflateur à menthol modifié, par Guye. — Un cas de rhinosclérome, par G.-D. Cohen Tervaert (La Haye). — Un cas de papillôme du larynx, par A. Sikkell (Utrecht). — Appareil pour produire des valeurs ammoniacales, par D. Doyer (Leyde). — Injections de paraffine dans la caisse du tympan, par A.-C.-H. Moll (Arnhem). — L'opération de Stacke, par

P. Meyjes (Amsterdam). — L'eau froide et les maladies d'oreille, par Huysman (Utrecht). — Méthode pour s'assurer du diapason exact du sifflet, de Galton, par Zwaardemaker (Utrecht).

Le professeur Maragliano, secrétaire général du Congrès international de médecine de Rome, vient d'informer officiellement le secrétaire du Comité français que l'époque du Congrès de Rome est fixée d'une façon définitive à la semaine de Pâques et aura lieu du 29 mars au 5 avril 1893.

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diastase). Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM granulé de Falières. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée contient 20 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY. (Poudre de séné composée.) — Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant, excellent remède contre la constipation.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec quelque persévérance.

GRAINS DE CÉBER. POUDRE MANUEL. GRANULES FERRO-SULFUREUSES THOMAS

L'EAU DE GUBLER, CHATEL-GUYON, tonique et laxative, relève les fonctions de l'estomac et de l'intestin.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

The surgical treatment of chronic tympanic vertigo, often miscalled Ménière's Disease (Traitement chirurgical du vertige tympanique chronique, souvent appelé à tort maladie de Ménière), par C.-H. BURNETT (Extrait du *Medical News*, 30 septembre 1893).

Studien zur feineren Anatomie des Kehlkopfs (Études sur l'anatomie fine du larynx : 2. Le ventricule de Morgagni, par B. FRAENKEL (Tirage à part de l'*Archiv. f. Lar.*, Bd. I, h. 2, 1893).

Hysterical Aphonia (Aphonie hystérique), par W. SCHEPPEGREGG (Extrait du *Med. News*, 16 septembre 1893).

Les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal ou l'hypertrophie de l'amygdale pharyngienne au point de vue du médecin praticien, par L. BECO (Communication faite à la Soc. Méd. Chir. de Liège, le 8 août 1893).

Della balbuzie e della sua guarigione (Du bégaiement et de sa guérison), par A. GUTTMANN, traduction italienne de C. BIAGGI (Un vol. de 102 pages, prix 3 francs, typog. Capriolo et Massimino, Milan, 1893).

Séquestre osseux du conduit auditif externe, par A. D'AGUANO (Extrait du *Boll. delle Mal. dell'Orecchio, Gola e Naso*, n° 7, 1893).

Communication anormale congénitale de la portion osseuse du conduit auditif externe avec la caisse tympanique, par A. D'AGUANO (Extrait de l'*Archivio Ital. di Otol. Rin. e Lar.*, vol. I, fasc. 4, octobre 1893).

Contribution clinique et anatomo-pathologique aux affections de la voûte naso-pharyngienne, par G. STRAZZA (Extrait de l'*Archivio di Otol. Rin. e Lar.*, vol. I, fasc. 4, octobre 1893).

Encore un cas de rhinite soi-disant caséuse, par G. STRAZZA (Extrait du *Bolle delle Mal. dell'Orecchio, Gola e Naso*, n° 9, 1893).

Contribution clinique et anatomo-pathologique aux sténoses trachéales intrinsèques, par G. STRAZZA (Extrait des *Archivi Ital. di Lar.*, 1893).

Nouvelles recherches expérimentales sur les centres moteurs corticaux du larynx, par G. MASINI (Extrait du *Boll. delle mal. dell'Orecchio, Gola et Naso*, n° 7, 1893).

Sur le vertige auditif (Étude expérimentale et clinique), par G. MASINI (Extrait de l'*Archivio Ital. di Otol. Rin. e Lar.*, fasc. 4, vol. I, octobre 1893).

L'ouïe chez les nouveaux-nés, par C. POLI (Extrait de l'*Archivio Ital. di Otol. Rin. e Lar.*, vol. I, fasc. 4, octobre 1893).

Sur les maladies des sinus ou cavités accessoires du nez, par L. LICHTWITZ (*Bull. Méd.*, 25 et 29 octobre 1893).

Deux cas de polypes naso-pharyngiens opérés et guéris par la simple cautérisation galvanique, par T. BOBONE (Extrait du *Boll. delle Mal. dell'Orecchio, Gola e Naso*, n° 9, 1893).

The value of aero-tonic treatment in our cured nose, throat and chest patients; with a few remarks on some suitable winter resorts (Valeur du traitement aéro-tonique pour nos malades du nez, de la gorge et de la poitrine, avec quelques remarques sur les stations hivernales), par J. MOUNT BLEYER (Extrait de *The Intern. Med. Magazine*, août et septembre 1893).

Influence du climat sur le tempérament, par J. MOUNT BLEYER (Extrait de *The Intern. Med. Magazine*, juin 1893).

Le vertige brightique, par P. BONNIER (Extrait des *Ann. de Méd. scient. et prat.*, n° 41 et 42, 1893).

Necrose et élimination spontanée d'un limaçon avec conservation apparente d'un certain degré d'audition, par M. LANNOIS (Présentation faite à la Soc. des Sciences méd. de Lyon, 12 juillet 1893).

Étude sur le phlegmon infectieux pharyngo-laryngé, par A. DUDEFOY (Vol. de 88 pages, G. Steinheil, éditeur, Paris, 1893).

Ueber Tuberculome der Nasenschleimhaut (Tuberculome de la muqueuse nasale), par O. CHIARI (Tirage à part de l'*Archiv f. Lar.*, Bd I, h. II, 1893).

Normale und pathologische Anatomie der Nasenhöhle und ihrer pneumatischen Anhaenge (Anatomie normale et pathologique des cavités nasales et de leurs annexes pneumatiques), par E. ZUCKERKANDL (Vol. I, 2^e édition remaniée avec 34 planches lithographiées, prix : 24 marks; W. Braumuller, éditeur. Vienne et Leipzig, 1893).

Le Gérant : G. MASSON.

TABLE DES MATIÈRES DE L'ANNÉE 1893

(19^e VOLUME)

TABLE DES NOMS D'AUTEURS

A

Adler (J.), 373.
Aguanno (A. d'), 814.
Ajello (L.), 1090.
Albertin, 1143.
Albes. y (D.), 228, 433, 435, 638.
Aronsohn, 85.
Arteaga (A.), 835.
Ascenso (O.), 914.
Astier (C.), 259.
Audubert, 639.
Avellis (G.), 370, 371.

B

Bach (J.-A.), 537.
Bacon (Gorham), 367.
Barajas (L.), 921.
Barber, (H.) 1131.
Baratoux (J.), 1009.
Batut (L.), 113.
Baumgarten (E.), 461.
Bayer (L.), 888.
Bean, 538.
Beausoleil (R.), 266, 638.
Beaussenat, 1103.
Beckmann, 185.
Beco (L.), 1015.
Beliot (P.), 1115.
Bennett (Prescot), 536.
Bing (A.), 369.
Blake (Cl-J.), 40, 512, 722.
Boewer (J.), 711.
Boiteux, 439.
Bolt (M.), 277.

Bonain, 637.
Bonnier (P.), 65, 160, 249, 1103, 1109.
Botey (R.), 827.
Bouffé, 639.
Boulland (H.), 1107.
Boval, 882, 883.
Bresgen (M.), 372, 377, 381, 729.
Brigidi, 941.
Brœckaert, 895.
Brugnatielli, 830.
Burlureaux, 1133.
Burnett (Ch.-H.), 726.

C

Caillé (A.), 373.
Carz (A.), 61, 260, 615, 621.
Cary (A.), 605.
Castex (A.), 415, 450, 641, 642, 643, 645.
Chabory (F.), 158, 628.
Chappell (W.-F.), 376.
Charazac (J.), 256.
Charlesk (Miles), 723.
Chatelher (H.), 650 1121.
Chauveau (Cl.), 1138.
Chauvel.
Cheval, 885, 1111.
Chervin (A.), 445.
Chiari (O.), 450, 780.
Cholewa (R.), 1019, 1025.
Cisneros (J.), 914.
Clark (S.), 721.
Cocherit, 436.
Cohnstadt (R.), 1017.
Collet (J.), 949.
Colombini (P.), 939.
Combe (A.), 639.
Compaired (C.), 919.

Concetti (L.), 929.
 Conitzer (L.), 742.
 Corradi (C.), 1095.
 Couëtoux (L.), 419, 856, 1055.
 Coursier (H.), 1131.
 Courtsde (A.), 490, 497, 682, 1080.
 Cozzolino (V.), 426, 736, 924, 1001,
 1105.
 Cresswell-Baber (E.), 721, 742.

D

Damieno (A.), 919, 1090.
 Darzens (G.), 265, 637.
 Dawbarn, 539.
 Delie (A.), 698, 817, 862, 888, 903,
 908.
 Delore (X.), 455.
 Delorme, 453.
 Delsaux, 104.
 Delstanche (Ch.), 830, 890, 892, 1110.
 Demme (C.), 1028, 1044.
 Dench, 726.
 Deschamps (A.), 668.
 Desvernine (C.-M.), 688.
 Dionisio (I.), 925, 1092, 1093.
 Dreyfuss (R.), 1103.
 Duane (A.), 535.
 Dunn (J.), 331.
 Du Pasquier, 449.
 Duplaix (J.-B.), 1121.

E

Eeman (E.), 879.
 Egidi (F.), 918, 1090, 1099.
 Eitelberg (A.), 835.
 Eloy (Ch.), 1136.

F

Farnham, 539.
 Fasano (A.), 1091, 1093.
 Fauvel (Ch.), 256.
 Felici (F.), 1102.
 Ferras, 263.
 Ferré (G.), 1135.
 Ferrer (H.), 172.
 Ferreri (G.), 828, 923.
 Fiaccarini (I.), 1097.
 Ficano (G.), 922, 1038.
 Florain, 456.

Fraenkel (B.), 654, 717.
 Frèche, 519.

G

Garel (J.), 109, 254, 621, 643, 949,
 1128.
 Garnault (P.), 1128.
 Garrigou-Desarènes, 255, 263.
 Garzia (V.), 1091.
 Gastou (P.), 60, 159, 248, 363, 614,
 648.
 Geley (G.), 35.
 Gellé, 248, 439, 598, 648, 1075.
 Geschwind (H.), 1137.
 Gevaert, 881, 882.
 Giampietro (E.), 214.
 Gilles, 88.
 Gleason, 538.
 Gley (E.), 455.
 Godart, 1080.
 Gomperz (B.), 1016.
 Goris (Ch.), 880, 881.
 Gottstein (J.), 1008.
 Gouget, 457.
 Gouguenheim (A.), 295, 369, 439,
 897, 1111.
 Goureau (Th.), 452.
 Gradenigo (G.), 832, 833, 842, 1095.
 Gradle, 722.
 Grazi (V.), 939, 1089, 1096.
 Grünert (C.), 180.
 Grünwald (L.), 233, 734.
 Guermontprez, 433.
 Guinochet (E.), 457.
 Gusenberger, 877.
 Gutzmann, 717.

H

Habermann (J.), 368.
 Haderup (V.), 382.
 Hajek (M.), 358, 612.
 Halsted (T.-H.), 376.
 Hamon du Fougeray, 1, 152.
 Hartmann (A.), 376.
 Haug (R.), 277.
 Heiman (Th.), 1067.
 Helary (L.), 295, 440, 441, 521.
 Helme (F.), 254.
 Helot (P.), 247.
 Hennebert, 903, 1013.
 Herck, 629.
 Heryng (Th.), 728, 994.
 Herzberg, 163.

Horzfeld (J.), 67, 432, 433.
 Hessler, 276.
 Heymann (P.), 379, 652, 717, 1103,
 1113.
 Hicguet (C.), 264, 1029.
 Hoffmann-Egon, 69, 167.
 Hornung (G.), 380.

I

Illberg, 251, 253, 431.
 Ingals (E.-F.), 539, 1094.
 Isaia (G.) 1094.

J

Jaboulay, 454.
 Jankau (L.), 72.
 Jansen (A.), 275.
 Joal (J.), 257, 625.
 Johnson (Walter), 374.
 Josias (A.), 1133.
 Jouslain (A.), 363, 447.
 Jumon (L.), 1130.
 Jurka, 58.

K

Kahn, 86.
 Katz (L.), 530.
 Katzenstein, 67, 87, 250.
 Kayser (R.), 1016.
 Kessel, 27.
 Kibbe (A.-B.), 376.
 Kiesselbach, 70, 182.
 Killian (G.), 82, 1027.
 Kirchner, 1033.
 Klinedinst, 538.
 Knapp (H.), 724.
 Koch (Paul), 487, 605, 711, 880.
 Kehler, 77, 161, 1022.
 Krauss (R.), 166.
 Krepuska (Geza), 1022.

L

Labit (G.), 638, 1012.
 Lacoarret (L.), 266, 619.
 Lahmann, 381.
 Lake (R.), 722.
 Laker (C.), 279.
 Lancry, 1137.

Landgraf, 431, 653.
 Lane (Arbuthnot), 719.
 Lannois (M.), 266, 435.
 Laurent (O.), 879, 905, 1014.
 Lavrand (H.), 264, 639.
 Lecoq, 909.
 Leflaive (E.), 1142.
 Lefort (Jules), 362.
 Le Gendre (P.), 1105.
 Lemoine (L.), 1136.
 Leone (A.-B.), 920.
 Lermoyez (M.), 285, 443, 661, 1147.
 Lichtwitz (L.), 132, 250, 539, 715,
 1087.
 Loewenberg (B.), 385, 410.
 Lubet-Barbon, 64, 261, 633.
 Lublinski (W.), 1103.
 Luc (H.), 267, 354, 445.
 Lyonnet (B.), 197.

M

Magitot, 453.
 Mahot (H.), 443.
 Majocchi, 1098.
 Manega, 735.
 Marano (S.), 1091.
 Marot (F.), 1143.
 Martha (A.), 450, 549.
 Martin (Alfred), 179, 249.
 Martin (Louis), 1134.
 Martius (Goetz) 166.
 Masini (G.), 915, 916, 1096, 1099,
 1101.
 Massei (F.), 910, 911, 919, 1088,
 1093, 1099.
 Masucci (P.), 1101.
 Mauclaire (M.), 446.
 Meixell (E.), 382.
 Melcior (V.), 828.
 Mendel (H.), 407.
 Mercantino, 938.
 Meyer (Edm.), 68, 643.
 Michel-Dansac (A.), 325, 402, 469,
 564, 966, 1041.
 Michelson (P.), 7.
 Miot (C.), 631.
 Moll (A.-C.-H.), 624, 898.
 Moos (S.), 175.
 Morra (V.), 1094.
 Mounier (F.), 452.
 Mount-Bleyer (J.), 371.
 Moure (E.-J.), 245, 256, 263, 266,
 618, 636, 1086, 1125.
 Moussu, 454.
 Muller (F.), 605.
 Muschold (A.), 25, 151.
 Mygind (H.), 720.

N

Natier (M.), 259, 265, 623, 626, 637, 893.
 Nélaton (Ch.), 1138.
 Newcomb (J.-E.), 938.
 Newman (D.), 742.
 Nicolai (V.), 1093, 1097, 1101.
 Niemack (J.), 168.
 Nimier (H.), 393.
 Noquet, 898.
 Normon, 383.
 Nuoli (G.), 361.

O

O'Dwyer (J.), 536.
 Onodi (A.), 441, 640, 717, 718, 1022, 1105.
 Ostman, 173.

P

Passy (J.), 1128.
 Pauzad (J.-E.), 753.
 Pelizzi (B.), 832.
 Peltsohn (F.), 67, 250, 252, 431, 652, 717.
 Périer (Ch.), 676.
 Phillips (C.-W.), 374.
 Phocas (G.), 1140.
 Piazza (L.), 54.
 Picqué (L.), 507.
 Plasencia (I.), 934.
 Poinot (P.), 424.
 Poli (C.), 922, 937, 1091.
 Politzer (A.), 350.
 Pollak (J.), 727.
 Polo (L.), 258, 437, 629.
 Pooley (T.-R.), 366.
 Poppert (P.), 82.
 Potiquet, 1118.
 Poyet (G.), 640, 1118.

R

Raoult (A.), 453, 1010.
 Raugé (P.), 266, 444, 623, 637, 1115.
 Regaud (C.), 197.
 Reinhard (C.), 178.
 Rénon (L.), 1131.

Rethi (L.), 933.
 Richardson, 726.
 Rivière (A.), 451.
 Roaldès (A.-W. de), 1145, 1146.
 Rohrer (F.), 277, 437, 532.
 Roquer-Casadesus (J.), 915, 932, 940.
 Rosenberg (A.), 251, 431, 743, 1104.
 Rothmann, 75.
 Rousseaux (L.), 262, 380.
 Ruault (A.), 160, 355, 1114.
 Rupp, 366.

S

Sabrazès (J.), 448, 519.
 Sacchi (E.), 935.
 Saenger, 167.
 Saint-Hilaire (E.), 250.
 Sandmann, 1104.
 Schadewald, 718.
 Schaeffer (M.), 730, 1025.
 Scheibe (A.), 171.
 Scheinmann (J.), 79, 433.
 Scheppegrell (W.), 1146.
 Schiffers (F.), 457, 900, 903.
 Schindler, 1128.
 Schlomka, 351.
 Schmidt, 352.
 Schmidt (Moritz), 80.
 Schmiegelow (E.), 297, 369.
 Schmitzler (A.), 612.
 Schmitzler (J.), 612.
 Schrötter (L. von), 244.
 Schuster, 908.
 Schutter (W.), 324.
 Schwalbe, 723.
 Schwartz (E.), 1024.
 Schwartz (Ed.), 1139.
 Secchi (C.), 831.
 Sendziak (J.), 1026, 1027.
 Sheild (Marmaduke), 721, 725.
 Sheppard, 726.
 Sick, 167.
 Siebenmann (F.), 1024.
 Sokolowski (A.), 1112.
 Solis-Cohen (J.), 442, 536.
 Sota y Lastra (R. de la), 910.
 Spalding, 725.
 Stacke, 73, 274.
 Stetter, 525, 1021.
 Stimson (C. W.), 372.
 Strazza (G.), 927, 928, 929, 1091, 1097.
 Suarez de Mendoza (F.), 262.
 Suchanek (H.), 184.
 Sune (L.), 934.
 Swinburne, 375.

Szenes (S.), 829.

T

Tellier (J.), 451.
Tiercelin (M.-E.), 442.
Thirolloix, 449.
Thornton (E. T.), 382.
Tissier (P.), 97, 203, 553, 1115,
1125, 1131.
Tobiesen, 382.
Toplitz (M.), 723, 743.
Tousey (Sinclair), 537.
Trasher (A.-B.), 378.
Trautmann, 183, 186.
Treitel (L.), 278.
Treves (M.), 930.
Troisier (E.), 443.
Truckenbrod (C.), 724.
Tsakyroglous (M.), 1020.
Turban, 85.

U

Urbantschitsch (V.), 162.

V

Vacher (L.), 267, 614.

Vali (E.), 438.
Valude, 60.
Vanni (L.), 940.

W

Wagenhauser, 527.
Wagner (R.), 78, 716.
Weil (E.), 1023.
Wolf (O.), 169.
Wolfenstein (J.), 535.
Wright (J.), 728.
Würdemann, 725.
Würtz (R.), 661.

X

X..., 1144.

Z

Zaufal (E.), 272.
Ziem (C.), 468, 368, 379.
Zimmermann (C.), 722.
Zuckerlandl (E.), 153.
Zwaardemaker (H.), 273.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX

	Pages.
Abcès du conduit auditif externe (Nouveau mode de traitement par le tubage des), par A. Courtade.....	1080
Analgésique local: la phénylcoïne (Un nouvel), par P. Poinot	424
Anatomie chirurgicale de la caisse du tympan (Note sur quelques points de l') par Hamon du Fougeray.....1 et	152
Anatomie pathologique et nature des rhinites chroniques, par P. Tissier.....	553
Anatomie topographique comparée de l'oreille moyenne chez le nouveau-né et chez l'adulte, par A. Courtade	682
Antrophores dans le traitement des fistules du cou, par H. Gusenberger.....	877
Angine périodique à propos d'un cas de febricola (Sur l'), par L. Piazza.....	54
Aphonies nerveuses (De l'influence des tractions linguales sur certaines), par C. M. Desvernine.....	688
Appareil destiné à remplacer la pile du galvano-cautère (Un nouvel), par A. Deschamps.....	608
Bave chez l'enfant et l'adulte (De la), par L. Couetoux.....	1055
Bouchon épidermique (Histoire d'un), par D. Albespy.....	228
Carcinome primitif du sinus piriforme simulant un corps étranger du larynx, par Sabrazès et Frèche.....	519
Catarrhe de la trompe d'Eustache (Contribution à la séméiologie et au traitement du), par B. Löwenberg.....	410
Cathétérisme de la trompe d'Eustache, dit <i>nouveau procédé inédit</i> , par le Dr Löwenberg (Sur la péricrité de la <i>méthode physiologique</i> de), par V. Cozzolino.....	426
Centres auditifs en rapport avec la fonction du langage. Dédutions cliniques sur les diverses formes d'aphasie (Essai de classification des), par E. Giampietro.....	214
Corps étranger de l'œsophage, par J. Bœwer et P. Koch.....	711
Curette rotative pour les opérations endo-laryngées (Double), par T. Heryng.....	994
Empyème de l'antre d'Highmore (Sur un signe complémentaire dans le diagnostic de l'éclairage électrique par transparence de l'), par J. Garel.....	109
Empyème latent du sinus frontal diagnostiqué et traité par voie naturelle (De l'), par L. Lichtwitz.....	132
Empyème du sinus maxillaire (Etude historique sur l'), par A. Courtade.....	497
Empyème latent du sinus frontal gauche diagnostiqué et traité par voie naturelle. Guérison complète. Présentation du malade (Un cas d'), par L. Lichtwitz.....	715

TABLE ALPHABÉTIQUE

1163

Pages.

Extirpation totale du larynx sans trachéotomie préalable avec rétablissement artificiel de la phonation (Sur un cas d'), par Ch. Périer.....	676
Extraction de l'étrier (Opération de l'), par C.-J. Blake.....	40
Fibrome du larynx, par P. Koch.....	487
Iritis d'origine nasale (De l'), par C. Ziem.....	46
Maladies des yeux de celles du nez (Des rapports entre les), par L. Batut.....	113
Maladies de l'organe de l'ouïe (Contribution à l'étude statistique des), par G. Gradenigo.....	841
Maladies artificielles de l'oreille (Les), par Th. Heiman.....	1067
Médication hémostatique-antiseptique dans les hémorragies spontanées et chirurgicales du septum nasal, des cornets et de la cavité auriculaire, par V. Cozzolino.....	1005
Microbes de l'oreille (Des), par A. Martha.....	549
Nerfs dans les aryténoïdites dites tuberculeuses. Pseudo-névrome tuberculeux (Lésions des), par A. Michel Dansac.....	1041
Nez dans la fièvre typhoïde (Etat du), par P. Tissier.....	203
Nez et bouche comme organes de la respiration, par W. Schuller.....	334
Mucus nasal (Pouvoir bactéricide du), par R. Würtz et M. Lermoyez.....	661
Osto-myélite du temporal comme complication de l'otite moyenne suppurée, par J.-E. Pauzat.....	753
Otite externe syphilitique tertiaire, par H. Mendel.....	407
Otite suppurée. Signes cérébraux. Trépanation. Autopsie, par Gellé.....	598
Ouverture exploratrice du tympan et opérations subséquentes dans l'oreille moyenne sans anesthésie générale, par C.-J. Blacke.....	512
Ozène (Des phases de l'), par L. Couétoix.....	419
Paralysie d'une corde vocale Cancer primitif du poulmon et tuberculose, par G. Geley.....	35
Photographie du larynx (Un nouvel appareil pour la), par F. Mueshold.....	25 et 151
Plaie pénétrante du cou par tentative de suicide, par F. Muller A. Cary et P. Koch.....	605
Polype naso-pharyngien. Trachéotomie préventive. Tamponnement du pharynx. Extirpation par la voix palatine. Guérison, par L. Picqué.....	507
I. Remède très efficace contre les processus infectieux locaux et surtout pyogéniques de l'oreille, du nez et de la gorge (Un nouveau) II. Un autre remède, pour les indigents, employé seulement dans les processus infectieux locaux pyogéniques de l'oreille, par V. Cozzolino.....	1001
Sarcome de l'amygdale (Note sur un cas de), par M. Lermoyez.....	285
Sarcome papillaire énorme de la corde vocale inférieure droite Etude clinique et histologique, par A. Michel Dansac.....	325
Sarcome fasciculé en nappe du larynx, corde vocale droite, par A. Michel-Dansac.....	402
Sarcomes de la cloison des fosses nasales (Contribution à la statistique des), par A. d'Aguanno.....	814
Surdi-mutité (Contribution à la répartition géographique en France de la) par H. Nimier.....	393
Surdité et syphilis héréditaire tardive acquise ou héréditaire par A. Delie.....	698, 817 et 862
Syphilis acquise chez l'adulte (Des lésions secondaires des fosses nasales dans la), par Tissier.....	97

Triangle lumineux de la membrane du tympan. Sa valeur au point de vue du diagnostic (Du), par A. Courtade.....	490
Tumeur carcinomateuse de l'arrière-cavité des fosses nasales. Envahissement du sphénoïde. Paralyse de tous les nerfs crâniens du côté gauche, sauf l'olfactif et l'optique. Mort par méningite, par B. Lyonnet et C. Regaud	497
Tumeurs malignes de la cloison des fosses nasales (Des), par A. Gouguenheim et L. Hélaré.....	295
Tumeurs de la cloison nasale, par A. Michel-Dansac.....	469
Tumeurs de la cloison nasale (Contribution à l'étude des) par J. Garel et J. Collet.....	949
Végétations adénoïdes, par A. Michel-Dansac	564 et 936
Voile du palais (Adhérence totale du), par Couetoux.....	856
Voûte palatine (Brièveté congénitale de la), par A. Castex.....	415

TABLE ALPHABÉTIQUE GÉNÉRALE

Oreille.

	Pages.
Abcès du cerveau, trépanation, guérison (Aphasie par) par Saenger et Sick.....	167
Abcès para-auriculaires (Traitement de l'otite moyenne aiguë et des), par C. Ziem.....	368
Abcès du cerveau après une otite moyenne aiguë, par Truckenbrod.....	724
Abcès du conduit auditif externe (Nouveau mode de traitement par le tubage des), par A. Courtade.....	1080
Acoumètre ostéo-tympanique (Un nouveau modèle d'), par G. Gradenigo.....	1095
Affections du labyrinthe et de l'oreille moyenne (nouvelle méthode de diagnostic différentiel des), par L. Jankau.....	72
Affections de l'oreille (Diagnostic par l'emploi du diapason des), par G. Labit.....	1012
Affections de l'oreille (Quelques points de l'étiologie des), par M. Tsakyrogious.....	1020
Anatomie chirurgicale de la caisse du tympan (Note sur quelques points de l'), par Hamon du Fougeray.....	1 et 152
Anatomie topographique comparée de l'oreille moyenne chez le nouveau-né et chez l'adulte, par A. Courtade.....	1 682
Anatomie et embryologie de l'oreille moyenne et de la membrane tympanique chez l'homme et chez les mammifères (Contribution à l'), par R. Dreyfuss.....	1106
Aniline (Nouvelles recherches sur l'action antibactérienne des couleurs d') par F. Rohrer.....	532
Anomalies de tension (Traitement mécanique des), par C.-J. Blake.....	722
Anthropologie de l'oreille (Contribution à l'), par Schwalbe.....	723
Balle de revolver extraite du rocher à l'aide du ciseau avec conservation de l'ouïe, par O. Wolf.....	169
Bouchon épidermique (Histoire d'un), par D. Albespy.....	228
Caisse (De la meilleure méthode de nettoyage de la), par D. Albespy.....	638
Canaux semi-circulaires membraneux (Histoire du développement des), par R. Krauss.....	166
Carcinome du conduit auditif externe à issue fatale (Cas de), par Jurka.....	58
Catarrhe de la trompe d'Eustache (Contribution à la séméiologie et au traitement du), par B. Löwenberg.....	355 et 410
Cathétérisme de la trompe d'Eustache, dit nouveau procédé inédit, par le Dr Löwenberg (Sur la priorité de la méthode physiologique de), par V. Cozzolino.....	426
Centres auditifs en rapport avec la fonction du langage. Deduc-	

	Pages .
tions cliniques sur les diverses formes d'aphasie (Essai de classification des), par E. Giampietro.....	214
Centre auditif (Localisation du), par Miles Charlesk.....	723
Chirurgie du cerveau (Contribution à la), par Hoffmann-Egon	467
Cholestéatomes de l'oreille (Contribution à la pathologie des), par F. Rohrer.....	437
Cicatrices de la membrane du tympan (Sur la question de la régénération de la substance propre dans les), par Gomperz ..	1016
Clinique otologique de l'hôpital Saint-Jean. Service du Dr Delstanche. Compte rendu statistique du 1 ^{er} avril 1888 au 1 ^{er} octobre 1891, par Hennebert.....	1013
Cocaine comme anesthésique pour les opérations sur l'oreille (De la), par Lubet-Barbon.....	64
Cocaine (Avantages et inconvénients du traitement de l'oreille par la), par E. Baumgarten.....	161
Cocaine dans le traitement des affections aiguës de l'oreille moyenne, par J. Wolfenstein.....	535
Conductibilité de la boîte crânienne (Contribution à l'étude de la), par A. Bing.....	369
Conductibilité osseuse (Sur la technique de l'appréciation de la), par Kayser.....	1016
Conductibilité (Contribution au traitement opératoire de la diminution de l'ouïe consécutive à des lésions de l'appareil de), par Stetter.....	1021
Conduit auditif dans un cas d'absence congénitale du conduit auditif externe avec développement vicieux des deux pavillons (Essai de création d'un), par Vali.....	438
Condylomes du conduit auditif externe, par Wurdemann.....	725
Corps étranger singulier dans l'oreille, par R. Köhler.....	161
Corps étrangers du conduit. Réflexes, par P. Bonnier.....	249
Corps étranger de l'oreille (Un cas de), par Hennebert.....	906
Diapason et épreuve du diapason, par Kiesselbach.....	182
Diphthérie (Nouvelles recherches sur l'état du labyrinthe dans Grochiers d'enfants morts de la), par S. Moos.....	175
Diplacousie bi-auriculaire, par L. Treiteil.....	278
Eczéma de l'oreille (Traitement de l') par H. Chatellier.....	650
Epithélioma du pavillon de l'oreille, suivi d'autoplastie (Trois observations d'), par Guermonprez et Cocheril.....	436
Epithéliome du pavillon, par Spalding.....	725
Epreuve de Valsalva (Une cause d'erreur dans l'), par M. Lannois.....	266
Excision du marteau et de l'enclume (Contribution à l'), par C. Reinhard.....	178
Excision du marteau et de l'enclume (Indications de l'), par Stacke.....	274
Excroissances polypeuses du conduit auditif dues à un sarcome de la base du crâne, par Stetter.....	525
Exostoses du conduit auditif externe, par Schlomka.....	351
Extraction de l'étrier (Opération de l'), par C.-J. Blake.....	40
Extraction du marteau et de l'enclume; diagnostic de la carie de l'enclume, par C. Grunseit.....	180
Extraction du marteau (Un nouveau procédé d'), par C. Delstanche.....	890
Extraction de l'enclume, par C. Delstanche.....	892
Fonctions tubo-tympaniques (Sur les), par P. Bonnier.....	1108
Fluoroglucine dans la décalcification du labyrinthe (Sur l'emploi de la), par G. Ferreri.....	828
Furunculotomie pour le conduit auditif externe, par Köhler....	1022

TABLE DES MATIÈRES.

1167

Pages.

Galvanocaustie : procédé modifié, par Wagner.....	909
Inflammation du tissu cellulaire et mastoïdite primitive consécutives à l'influenza, par. C. Zimmermann.....	722
Inflammation cérébrale consécutive à un abcès mastoïdien (Deux cas rares d'), par Dench.....	726
Influenza (Les maladies de l'oreille dans l'), par Schmidt.....	353
Kistes du pavillon (Sur un procédé de traitement des), par H. Lavrand.....	264
Kyste du pavillon de l'oreille. Opération. Guérison sans déformation, par D. Albespy.....	436
Lésions de l'oreille par explosion de dynamite, par A. Castex..	642
Maladie de Ménière (Sur la), par M. Tsakyrogious.....	1020
Maladies de l'oreille (Contribution au traitement chirurgical des), par E. Schmiegelow.....	267
Maladies de l'organe de l'ouïe (Contribution à l'étude statistique des), par G. Gradenigo.....	841
Maladies artificielles de l'oreille (Des), par Th. Heiman.....	1067
Maladies du labyrinthe (Diagnostic des), par G. Masini.....	1896
Mastoïdite consécutive à l'ablation de végétations adénoïdes (Un cas de), par Gocham Bacon.....	367
Mastoïdite de Bezold avec complication d'abcès cérébral et cérébelleux; craniectomie; mort, par H. Knapp.....	724
Mastoïdite de Bezold (Deux cas de), par Guye.....	724
Menthol dans l'otite externe faronculaire et l'otite moyenne aiguë purulente (Nouvelles recherches sur le), par Cholewa.....	1019
Microbes de l'oreille (Des), par A. Martha.....	549
Microorganismes en rapport avec les inflammations de l'oreille moyenne et leurs complications, par E. Zaufal.....	272
Nécrose primitive du labyrinthe avec paralysie faciale, par M. Topfritz.....	723
Nerf acoustique (Sur les caractères cliniques offerts par les lésions du), par G. Gradenigo.....	832
Nerfs acoustiques (Sur l'énergie fonctionnelle des), par G. Gradenigo.....	1095
Neurasthénie; son influence sur les affections de l'oreille moyenne et principalement de l'oreille interne, par A. Eitelberg.....	835
Névrite auditive probable bilatérale due à l'influenza (Sur un cas de), par G. Gradenigo.....	833
Observations d'otologie (Une feuille d'), par Gellé.....	648
Opération de Stacke (Note sur l'), par Lubet-Barbon.....	633
Oreilles de tous les pensionnaires de l'Institut royal Victor-Emmanuel pour les enfants aveugles, à Florence (Résultats fournis par l'examen des), par V. Grazi.....	1096
Ostéomyélite du temporal comme complication de l'otite moyenne suppurée (De l'), par J.-E. Pauzat.....	753
Othématome des aliénés (Sur l'origine infectieuse de l'), par B. Pellizzi.....	832
Otite de l'influenza, par A. Jansen et Hessler.....	275 et 276
Otite moyenne (Prise de tabac ayant amené une), par R. Haug.....	277
Otite moyenne aiguë avec carie aiguë de l'apophyse mastoïde après la variole (Trois cas d'), par M. Bolt.....	277
Otite interne (De l'), par J. Habermann.....	368
Otite externe syphilitique tertiaire, par H. Mendel.....	407
Otite suppurée. Signes cérébraux. Trépanation. Autopsie, par Gellé.....	598
Otites hémorragiques d'origine grippale, par Herck.....	629
Otite moyenne purulente chronique (Antrectomie comme traite-	

	Pages.
ment de l'), par A. Lane.....	719
Otite suppurative chronique (Signification de l'odeur de l'écoulement dans l'), par Gradle.....	722
Otite moyenne chronique (De l'excision partielle du tympan avec extraction de l'enclume et de l'étrier dans le traitement de l'), par C.-H. Burnett.....	726
Otite moyenne suppurée aiguë (Sur une complication curative de l'), par Izènes.....	829
Otites moyennes (Traitement par les injections de vaseline <i>per tubam</i> des), par Boval.....	883
Otite labyrinthique syphilitique, par Delsaux.....	904
Otite moyenne suppurée à foyers multiples de suppuration à staphylocoques, par L. Beco.....	1015
Otite moyenne purulente chronique des sujets scrofuleux (Contribution à la thérapeutique de la rhinite chronique croûteuse et de l'), par G. Isaia.....	1094
Otite, méningite et arthrite suppurées; broncho-pneumonie, mort (Infection staphylococcique), par P. Le Gendre et Beausenat.....	1195
Otolithe (Sur un nouveau cas d'), par C. Secchi.....	831
Otologie (Traité d'), par A. Politzer.....	350
Otologiste et laryngologiste dans les instituts et écoles de sourds-muets (Le rôle de l'), par V. Grazzi.....	1096
Otorrhée bilieuse, par P. Bonnier.....	160
Otorrhée chronique (Du grattage du rocher dans l'), par Garrigou-Desarènes.....	235
Otorrhée (Traitement médical de l'), par L. Polo.....	629
Otorrhée (Traitement chirurgical de l'), par C. Miel.....	631
Otorrhée (Sur l'action du sozoidol de soude dans le traitement de l'), par Brugnatelli.....	830
Otorrhée compliquée d'une singulière excroissance charnue de la concavité du pavillon, par C. Delstanche.....	830
Otorrhée compliquée (Quelques cas d'), par A. Delie.....	906
Ouïe dans les expertises de troubles auditifs survenus à la suite d'accidents (Méthode d'analyse de l'), par Kiesselbach.....	70
Ouverture des trompes dans un cas d'altérations naso-pharyngiennes et palatines d'origine syphilitique (Note sur le mécanisme de l'), par P. Bonnier.....	65
Ouverture large des cavités de l'oreille moyenne, après détachement du pavillon (Nouvelle communication sur l'), par Stacke.....	73
Ouverture exploratrice du tympan et opérations subséquentes dans l'oreille moyenne sans anesthésie générale, par C.-J. Blake.....	512
Ouverture opératoire de l'apophyse mastoïde (Sur une circonstance rarement observée dans l'), par Geza-Krepuska.....	1022
Paracousie de Willis d'origine hystérique (Un cas de), par A. Arteaga.....	835
Paralysie vaso-motrice du labyrinthe, par V. Melcior.....	828
Pavillon de l'oreille chez les sujets sains, par M. Lannois.....	435
Pavillon de l'oreille au point de vue de l'identité (Des plis du), par H. Boulland.....	1107
Perception des sons (De l'influence d'actions sonores faibles sur la), par V. Urbantschitsch.....	162
Perception des sons (Des temps de réaction et de la durée de), par Goetz Martius.....	166
Perception des sons par les voies crânienne et aérienne dans les maladies de l'oreille (Importance diagnostique de la), par C. Corradi.....	1095

TABLE DES MATIÈRES.

1169

Pages.

Perforation de la membrane du tympan par un coup de foudre, par S. Clark.....	721
Perforations de la membrane de Shrapnell (Etude anatomique et clinique des), par A. Raoult.....	1010
Périchondrite idiopathique du pavillon gauche (Cas de), par H. Ferrer.....	172
Périchondrite des deux oreilles, par T. Pooley.....	366
Périchondrite séreuse symétrique des deux pavillons de l'oreille (Sur un cas de), par G. Gradenigo.....	833
Physiologie de l'étrier (Un point de), par Gellé.....	1075
Pityriasis de l'oreille (Traitement du), par D. Albespy.....	438
Polypes de l'oreille (Contribution à l'histologie des), par J. Niernack.....	168
Polypes de l'oreille (Structure des), par R. Lake.....	722
Polype volumineux de l'oreille droite, par Noquet.....	898
Préparations macroscopiques de l'organe auditif (Méthode pour rendre transparentes des), par L. Katz.....	530
Pression labyrinthique et accroissement de cette pression, par Ostmann.....	173
Pyocanine en otologie (Sur l'emploi de la), par F. Rohrer.....	277
Releveur du tragus, par E. Cresswell Baber.....	721
Remède très efficace contre les processus infectieux locaux et surtout pyogéniques de l'oreille, du nez et de la gorge (Un nouveau). II. Un autre remède pour les indigents, employé seulement dans les processus infectieux locaux pyogéniques de l'oreille, par V. Cozzolino.....	1001
Rupture du tympan (Cas rare de), par L. Vacher.....	614
Société française d'otologie et de laryngologie. Session de 1892. Compte rendu par F. Helme.....	254
Société française d'otologie et de laryngologie. Session de 1893. Compte rendu par P. Gastou.....	614
Société des otologistes et laryngologistes belges. Compte rendu de la 4 ^e réunion annuelle, par O. Laurent.....	879
Spasme réflexe bi-auriculaire causant la surdité, par Gellé.....	439
Suppurations de l'oreille (Emploi du trichlorure d'iode à l'aide d'une nouvelle seringue aseptique dans les), par Trautmann.....	183
Suppurations de l'oreille (Traitement des), par A. Duane.....	535
Suppurations de l'attique (Excision de la membrane et des osselets dans les), par Richardson.....	726
Surdi-mutité avec atrophie du nerf acoustique et anomalies de formation dans le labyrinthe membraneux des deux côtés (Cas de), par A. Scheibe.....	571
Surdi-mutité (Contribution à la répartition géographique en France de la), par H. Nimier.....	393
Surdi-mutité consécutive à la rougeole : examen post-mortem, par H. Mygind.....	720
Surdité leucémique (Etat du labyrinthe dans un cas de), par Wagenhauser.....	527
Surdité et syphilis tertiaire tardive acquise ou héréditaire, par A. Delie.....	698, 817 et 862
Syndrôme de Ménière. Agoraphobie. Signe de Romberg dans la maladie de Bright, par P. Bonnier.....	1109
Syphilis du labyrinthe (Considérations sur la), par J. Charazac.....	256
Syphilis de l'oreille externe, par Rupp.....	366
Syphilis du labyrinthe (Un cas de), par R. Botey.....	827
Syphilis labyrinthique bilatérale (Guérison d'un cas de), par F. Felici.....	1102
Ténotomie antérieure (De la), par Kessel.....	271

	Pages.
Thrombose des sinus avec symptômes oculaires, par M. Sheild.	725
Tons élevés (Perte par les progrès de l'âge des), par Zwaardemaker.....	278
Traumatismes de la tête avec complications auriculaires, par Sheppard.....	720
Traumatisme de l'oreille moyenne et du labyrinthe, par F. Schiffrs.....	903
Traumatisme dans l'étiologie des affections de l'appareil auditif, par Chauvel.....	1111
Trépanation de l'apophyse mastoïde (Cavités osseuses épithélialisées après la), par Hoffmann-Egon.....	69
Trépanation du crâne et de l'apophyse mastoïde, suite d'une otite suppurée, par L. Polo.....	437
Trépano-ponction de l'antre pétreux chez l'enfant, par O. Laurent.....	1014
Triangle lumineux de la membrane du tympan. Sa valeur au point de vue du diagnostic (Du), par A. Courtade.....	490
Tuberculose du labyrinthe (Contribution à l'étude de la), par E. Cohnstadt.....	1017
Tumeurs de l'oreille externe (Histologie pathologique des), par R. Haug.....	277
Tumeur sarcomateuse du conduit, par Sheild.....	721
Vaseline dans la caisse par la voie de la trompe (Des injections de), par C. Delstanche.....	1110
Vertige galvanique chez les sourds-muets et ses rapports avec les fonctions du labyrinthe, par J. Pollak.....	727
Zona ophtalmo-tympanique, par P. Bonnier.....	160

Larynx et Trachée.

Abcès du larynx, par E.-J. Mours.....	256
Abcès péri-laryngé d'origine vertébrale. Mal de Pott cervical. Manifestations laryngées et signes asphyxiques, premiers signes révélateurs de l'affection osseuse, par A. Gouguenheim.....	897
Abcès du larynx (Un cas d'), par A.-C.-H. Moll.....	898
Antipyrine (Applications locales de l'), par Gleason.....	538
Aphonie hystérique (Traitement de l'), par J.-A. Bach.....	537
Aphonies nerveuses (De l'influence des tractions linguales sur certaines), par C.-M. Desvernine.....	638
Arthrite crico-aryténoïdienne (côté droit) due à la syphilis tertiaire et observée chez une femme de 60 ans. Difficulté du diagnostic. Guérison complète par le traitement ioduré (Sur un cas d'), par M. Natier.....	259
Arthrite crico-aryténoïdienne aiguë et subaiguë de nature rhumatismale (Sur l'), par C. Compaired.....	919
Atlas clinique de laryngologie et de rhinologie; manuel de diagnostic et de thérapeutique des maladies du larynx, de la trachée, du nez et du naso-pharynx, par J. Schnitzler, M. Hajek et A. Schnitzler.....	612
Atrophie du larynx dérivée d'une laryngite catarrhale. Intubation, par A. W. de Roaldès.....	1145
Bégaiement et autres troubles de la parole (Diagnostic différentiel du), par A. Chervin.....	445
Cancer extrinsèque du larynx propagé à la cavité, ayant respecté les cordes vocales inférieures, avec conservation parfaite de la voix, par L. Hélarv.....	440
Cancer du larynx (Traitement du), par J. Roquer Casadesus...	915

TABLE DES MATIÈRES.

1171

Pages.

Cancer du larynx, par A. Gouguenheim.....	1111
Carcinome primitif du sinus pyriforme simulant un corps étranger du larynx, par Sabrazès et Frèche.....	519
Carcinome pédiculé du larynx (préparation microscopique), par E. Eeman.....	879
Centres moteurs corticaux du larynx (Nouvelles recherches expérimentales sur les), par G. Masini.....	916 et 1101
Cloison nasale (Anomalie de la), par Demme.....	1104
Cordes vocales après la section des nerfs vagues (Les mouvements des), par A. Onodi.....	1022
Corps étrangers du larynx et du pharynx (Suppression par la cocaïne de la sensation de), par A. Martin.....	159
Croup, par M.. Brésgen.....	372
Croup chez un enfant de 11 mois. Trachéotomie. Guérison, par E.-M. Thiercelin.....	442
Croup diphtéritique d'emblée et abcès du larynx, par C. Goris..	880
Croup chronique (Deux cas de), par F. Egidi.....	918
Curète rotative pour les opérations endo-laryngées (Double), par T. Heryng.....	994
Décanulement difficile chez une enfant de 6 ans, par Illberg....	253
Diphthérie du larynx (Un mode de traitement de la), par Bonain.	637
Diphthérie du larynx (Traitement de la), par M. Natier.....	637
Dyspnée, par A. Rosenberg.....	251
Electrolyse et son application dans les maladies du nez et de la gorge, et en particulier dans la tuberculose laryngée, par T. Heryng.....	728
Épiglotte projetée en arrière par des cicatrices des replis ary-épiglottiques, par A. Rosenberg.....	1104
Epithélioma du larynx, par F. Egidi.....	1090
Érésipèle du larynx (Quelques observations relatives à l'), par A. Sokolowski.....	1112
Extirpation totale du larynx sans trachéotomie préalable avec rétablissement artificiel de la phonation (Sur un cas d'), par Ch. Périer.....	676
Fantôme laryngien, d'Onodi.....	1105
Fibrome du larynx, par Paul Koch.....	487
Fibro-myxome du larynx (préparation microscopique), par E. Eeman.....	879
Fracture de la grande corne de l'os hyoïde, par Jouslain...	303
Fracture du larynx, par A. Castex.....	643
Fractures des cartilages du larynx (Contribution à l'étude des), par P. Heymann.....	1113
Hémorragies sous-muqueuses et à répétition des cordes vocales inférieures, par G. Poyet.....	640
Hernie du ventricule de Morgagni, par R. Beausoleil.....	266
Intubation du larynx dans les sténoses aiguës et chroniques, par E. Schmiegelow.....	339
Intubation, par J.-O. Dwyer.....	533
Intubation (Nouveaux tubes laryngés pour), par F. Massei.....	1099
Kérato-angiome de la corde vocale, par E.-J. Moure.....	636
Laryngectomie (Uncas de), par J. Solis Cohen.....	442
Laryngectomie pour adéno-carcinome du larynx (2 cas de), par J. Solis Cohen.....	536
Laryngites simples avec tirage continu, par Boiteux.....	439
Laryngites grippales (Cas de), par A. Cartaz.....	621
Laryngite lépreuse, par R. de la Sota y Lastra.....	910
Laryngo-fissure (A propos de la), par Köhler.....	77
Laryngopathie tertiaire (Sur un cas de), par Audubert.....	639

	Pages.
Laryngo-rhinologie (Communication de), par M. Hajek.....	358
Laryngoscopie (Un sujet unique pour la), par Sinclair Tousey..	537
Laryngoscopie et trachéoscopie inférieure, par E. Weil.....	1023
Laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, par J. Cisneros.....	914
Laryngo-typhus (Quelques considérations à propos d'un cas de), par P. Tissier et P. Bellot.....	1115
Lupus du larynx, par J. Garel.....	254
Maladies du larynx, de la trachée et de la gorge (Leçons sur les), par L. von Schrötter	244
Maladies de la gorge (Leçons cliniques sur les), par G. Nuvoli..	361
Maladies du larynx (Les), par J. Gottstein.....	1008
Maladie du larynx, du nez et des oreilles (Guide pratique pour l'examen des), par J. Baratoux.....	1009
Muscle crico-thyroïdien (Contribution à l'étude de la fonction du), par A. Onodi.....	648 et 718
Mutisme hystérique, par E. Troisier et M. Lermoyez.....	443
Mutisme hystérique (Sur un cas de), par G. Ficano.....	1098
Myxôme hyalin typique des cordes vocales (préparation micros- copique), par E. Eeman.....	879
Néofornation laryngée, par V. Nicolai.....	1101
Nerfs dans les arytenoidites dites tuberculeuses. Pseudo-né- vrome tuberculeux laryngé (Lésions des), par A. Michel-Dansac.	1041
Névropathies laryngées (Les), par H. Luc.....	354
Œdème aigu primitif du larynx et en particulier de l'œdème iodique (Quelques remarques à propos de l'), par G. Avellis.	370
Pachydermie du larynx (Sur les rapports qui existent entre la tuberculose et la), par P. Michelson.....	76
Pachydermie du larynx, par A. -C.-H. Moll.....	624
Pachydermie du larynx (Contribution clinique et anatomo-patho- logique, à l'étude de la), par F. Massei et A. Damieno.	919 et 1090
Papillomes du larynx (Evolution, nature et traitement des), par F. Massei	1088
Paralysie d'une corde vocale. Cancer primitif du poumon et tu- berculose, par G. Gely.....	35
Paralysie bulbaire (Etat du larynx dans un cas de), par Katzens- tein.....	67
Paralysie récurrentielle, par A. Rosenberg.....	251 et 431
Paralysies laryngées (Sur un nouveau symptôme des), par Ch. Fauvel	256
Paralysie complète de la corde vocale droite et parésie de la corde vocale gauche, consécutivement à l'ablation du corps thyroïde (Un cas de cachexie strumiprive avec), par M. Na- tier.....	265
Paralysies laryngées corticales (A propos de la rareté des), par P. Baugé.....	236 et 1115
Paralysie des tenseurs externes des cordes vocales, par Caillé...	373
Paralysie de la corde vocale gauche par compression ganglion- naire du nerf récurrent gauche chez un aortique, par L. He- lary.....	441
Paralysie du larynx (Recherches expérimentales sur les), par A. Onodi.....	441
Paralysie du larynx (-schémas des), par R. Wagner.....	716
Paralysie des muscles du larynx (Anévrisme bilatéral de l'aorte ayant produit une forme particulière de), par A. Onodi.....	717
Paralysie double des abducteurs des cordes vocales (Un cas de), par J. Wright.....	728
Paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs après une trachéoto- mie pour croup, par G. Masini.....	915

TABLE DES MATIÈRES.

1173

	Pages.
Paralysies hypokinétiques du larynx (Contribution au traitement local des), par P. Masucci.....	1101
Parole articulée (Sur les centres psycho-moteurs de la), par P. Raugé.....	444
Phonographe d'Edison et microphonographe de Bettini; les principes sur lesquels ils reposent et les espérances qu'ils ont justifiées, par J. Mount-Bleyer.....	371
Photographie du larynx (Un nouvel appareil pour la), par A. Muschold.....	25 et 161
Phtisie laryngée (Traitement médical de la), par J. Garel.....	643
Phtisie laryngée (Traitement chirurgical de la), par A. Castex..	645
Phtisie laryngée (Traitement de la), par V. Nicolaï.....	1101
Physiologie et hygiène de la voix (Cours de), par A. Gouguenheim.....	360
Physiologie pathologique du récurrent (Sur la), par G. Masini.	1099
Pince laryngienne latérale, par A. Delie.....	908
Polype de la trachée, par G. Avellis.....	371
Polypes du larynx (Sur l'étiologie des), par H. Lavrand.....	639
Prolapsus du ventricule, par Landgraf.....	431
Prolapsus du ventricule de Morgagni, par B. Fränkel.....	654
Prolapsus du ventricule (Coupes microscopiques du), par B. Fränkel.....	717
Rétrécissement cicatriciel du larynx de cause inconnue (pièce anatomique), par E. Eeman.....	879
Révision extra-laryngée (Sur la), par L. Barajas.....	921
Sangue homopis vorax dans le larynx, par A.-B. Leone.....	920
Sarcome papillaire énorme de la corde vocale inférieure droite. Etude clinique et histologique, par A. Michel-Dansac.....	325
Sarcome fasciculé en nappe du larynx; corde vocale droite, par A. Michel-Dansac.....	402
Société de laryngologie de Berlin. Comptes rendus par F. Peltetsohn et Edm. Meyer.....	67, 250, 431, 652, 717 et 1103
Société de laryngologie, otologie et rhinologie de Paris. Comptes rendus, par P. Gastou.....	60, 159, 248, 363 et 648
Société italienne de laryngologie, otologie et rhinologie (Actes du 1 ^{er} congrès de la).....	1088
Spasme de la glotte, par M. Breegen.....	729
Sténoses de la trachée, par Illberg.....	251, 253 et 431
Sténoses laryngée consécutive à une fracture et traitée avec succès par l'intubation, par Stimson.....	372
Sténoses du larynx chez les tuberculeux (Des), par A. Gouguenheim.....	430
Sténose laryngée, par Gevaert.....	881
Sténose sous-glottique (Un cas de), par F. Massei.....	910
Sténose hypoglottique (Un cas de), par F. Massei.....	1090
Syphilis héréditaire du larynx chez un enfant de 4 ans 1/2 (Un cas de), par O. Chiari.....	730
Syphilis et tuberculose laryngées (Nouvelle contribution à l'étude de la symbiose de la), par A. Fasano.....	1091
Syphilis (Accidents secondaires laryngés de la), par G. Poyet..	1118
Tire-langue pour la laryngoscopie, par G. Ficano.....	922
Trachéosténose provoquée par la section de la trachée (Un cas de), par R. Wagner.....	78
Trachéotomie chez un enfant atteint de croup (Emphysème sous-cutané généralisé avant la), par H. Mahot.....	443
Trachéotomie et 84 intubations (Sur 82), par F. Egidi.....	1099
Tubage du larynx chez les adultes, par F. Massei.....	911
Tubage dans la paralysie hystérique du larynx, par O. Ascenso.	914

	Pages.
Tuberculose laryngée (Traitement chirurgical de la), par L. Hérary.....	521
Ulcérations particulières du larynx et de la trachée (présentation de pièces), par Rothmann.....	74
Ulcération rare d'une corde vocale, par L. Vacher.....	267
Vertige laryngé (Un cas de), par Adler.....	373
Vertige ou épilepsie laryngée, par W. Phillips.....	374
Vertige laryngé et ictus laryngé, par A. Ruault.....	1114
Voix eunuchoïde (Une observation de), par A. Martin.....	249
Voix chantée. L'émission de la, par J. Lefort.....	362
Voix de fausset (La), par Prescott Bennet.....	535
Nez.	
Abcès de la partie supéro-interne de l'orbite symptomatique d'une suppuration du sinus frontal. Remarques à propos du traitement (Présentation d'un malade guéri d'un), par Valude, par Schindler.....	60 1128
Affections nasales : leur influence sur l'appareil respiratoire, par F. Chabory.....	158
Affections nasales et articulaires (Relation des), par Swinburne.....	375
Affections de l'antre d'Highmore (Contribution à l'étude des), par E. Schwartz.....	1024
Anatomie normale et pathologique des fosses nasales et de leurs cavités accessoires, par E. Zuckerkandl.....	153
Anatomie et pathologie de la cloison des fosses nasales aux différents âges (Considérations sur l'), par Mauclair.....	446
Anatomie pathologique et nature des rhinites chroniques, par P. Tissier.....	553
Anatomie microscopique de l'organe de Jacobson chez le bœuf et le mouton, par P. Raugé.....	623
Anosmie et cacosmie, par L. Sûne.....	934
Asthénopie et céphalée par hypertrophie du cornet moyen, par Kibbe.....	376
Asthme nasal alternant avec un œdème circonscrit de la peau, par L. Rethi.....	933
Asthme nasal (Guérison rapide d'un), par V. Morra.....	
Calcul ou rhinolith avec destruction partielle de la cloison du nez, par V. Cozzolino.....	736
Cantharide dans le traitement des maladies du nez et de la gorge (De l'usage externe de la), par C. Ziem.....	379
Cathétérisme des sinus frontaux (Sur la possibilité du), par Cholewa.....	1025
Chancres du nez, par E.-J. Moure.....	263
Condylomes syphilitiques des fosses nasales, par L. Lacoarret.....	266
Corps étranger de la cavité naso-pharyngienne, par F. Peltesohn.....	252
Corps étranger dans l'antre d'Highmore, par I. Plasencia.....	934
Coryza et obstruction nasale, par Herzfeld.....	67
Coryza. Suppuration des cellules ethmoïdales et des sinus sphénoïdaux. Lipémie, par Thierloix et Du Pasquier.....	449
Crêtes de la cloison (Traitement électrolytique des), par Edm. Meyer.....	68
Crête de la cloison (Ablation par l'électrolyse d'une), par Scheinmann.....	433

TABLE DES MATIÈRES.

1175

	Pages.
Crétotome (Présentation d'un), par A. Delie.....	888
Croup non infectieux de la muqueuse nasale (Pathogénie du), par F. Schiffers.....	900
Dermatol dans le traitement consécutif des opérations galvano- caustiques du nez (Le), par Aronsohn.....	85
Déviation du septum (Rôle du traumatisme dans les), par Gellé.....	248
Déviation du septum osseux et cartilagineux du nez (Sur les), par I. Dionisio.....	925
Déviation de la cloison du nez (Traitement des), par Dionisio.....	1092
Déviation non traumatiques de la cloison des fosses nasales, par H. Chatellier.....	1121
Diphthérie primitive chronique du nez (Sur la), par L. Concetti.....	920
Douche nasale (Moyens d'éviter quelques inconvénients de la), par F. Suarez de Mendoza.....	262
Electrolyse nasale à l'aide de la lame à aiguilles, par C. Miot.....	263
Electrolyse dans les voies aériennes supérieures (De l'), par L. Grunwald.....	734
Electrolyse contre les déformations du septum nasal, par G. Strazza.....	927
Empyème de l'antre d'Highmore (Sur un signe complémentaire dans le diagnostic par l'éclairage électrique par transparence de l'), par J. Garel.....	100
Empyème latent du sinus frontal diagnostiqué et traité par voie naturelle, par L. Lichtwitz.....	132
Empyème latent du sinus frontal. Rapport de Saint-Hilaire sur le mémoire de Lichtwitz.....	250
Empyème du sinus maxillaire, consécutif à une conjonctivite purulente, par Furst.....	381
Empyème de l'antre d'Highmore (Eclairage par transparence des pupilles dans l'), par Herzfeld.....	432 et 433
Empyème fétide du sinus maxillaire sans altération dentaire apparente (Deux cas d'), par H. Luc.....	447
Empyème du sinus maxillaire (Etude historique sur l'), par A. Courtade.....	497
Empyème du sinus sphénoïdal (Traitement de l'), par E.-J. Moure.....	618
Empyème latent du sinus frontal gauche diagnostiqué et traité par voie naturelle. Guérison complète. Présentation du malade (Un cas d'), par L. Lichtwitz.....	715
Empyème du sinus frontal gauche. Trépanation du sinus. Formation d'un nouveau canal naso-frontal, par E. Sacchi.....	935
Empyème chronique de l'antre d'Highmore (Sur la guérison spontanée d'un), par Siebenmann.....	1024
Empyème de l'antre d'Highmore (Contribution à l'étude d'un), par V. Nicolai.....	1024
Epistaxis (Sur une cause rare d'), par F. Mounier.....	452
Epithélioma polikystique du sinus maxillaire droit. Résection du maxillaire supérieur, par Sabrazès.....	448
Epithélium olfactif normal et pathologique de l'homme (Signes de diagnostic permettant de distinguer l'), par Suchanek.....	184
Erythème facial dû à la cocaïne, par A. Castex.....	641
Europhène dans les affections du nez et de la gorge, par Chappell.....	376
Exploration des cavités nasales par le stylet, par Schuster.....	908
Exploration nasale (Procédé graphique d'), par Sandmann.....	1104
Fibromes naso-pharyngiens chez la femme. Une observation chez une jeune fille de 15 ans, avec examen microscopique (Contri- bution à l'étude des), par J. Tellicr.....	451

	Pages.
Fibro-myxomes naso-pharyngiens (Traitement des), par Wa- gnier	258
Fibro-sarcome de la fosse nasale droite, par Gevaert	882
Hydroméningocèle de la racine du nez, par Manega	735
Hydorrhée nasale, par Bean	538
Hydorrhée nasale (Contribution à l'étude de l'), par L. Licht- witz	539
Hystérie et zones hystérogènes de la muqueuse nasale, par J. Roquer Casadesus	932
Iritis d'origine nasale, par C. Ziem	46
Insuffisance nasale, par Farnham	539
Kyste séreux de la cloison des fosses nasales, par L. Rous- seaux	380
Kystes osseux des fosses nasales, par Beausoleil	638
Lupus du nez; rhinoplastie, par C. Goris	881
Maladies des yeux et celles du nez (Des rapports entre les), par L. Batut	113
Maladies du nez et du larynx, par A. Ruault	355
Maladies des sinus annexés aux fosses nasales (Diagnostic et traitement des), par G. Strazza	1891
Maladies des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne (Manuel des), par E.-J. Moure	1086
Malformations du septum nasal (Traitement des), par Cheval ...	885
Massage du nez (Instrument pour le), par Lahmann	381
Massage vibratoire et électrique des muqueuses du nez, du pha- rynx, du larynx, par P. Garnault	
Médication hémostatico-antiseptique dans les hémorragies spon- tanées et chirurgicales du septum nasal, des cornets et de la cavité auriculaire (Nouvelle), par V. Cozzolino	1005
Morve chronique à manifestations nasales, par C. Poli	1094
Mucus nasal (Sur le pouvoir bactéricide du), par R. Wurtz et M. Lermoyez	661
Muqueuse nasale (Recherches sur le pouvoir d'absorption de la), par M. Trèves	930
Myrrhe (Nouvelle préparation de la), par Kahn	86
Nasonnement (Obtuteur pour déshabituer du), par Gutzmann ...	717
Néuralgie rebelle de l'aile du nez, par C. Goris	880
Nez dans l'aspiration (De l'accolement des ailes du), par Moritz Schmidt	80
Nez dans la fièvre typhoïde (De l'état du), par P. Tissier	203
Nez et bouche comme organes de la respiration, par W. Schuster ...	334
Obstructions nasales (Influence, sur la voix chantée, des), par A. B. Trasher	378
Occlusion complète de la cavité pharyngienne supérieure (Un cas d') par G. Strazza	928
Odeur complexe (Analyse d'une), par J. Passy	1128
Opérations dans le nez et le naso-pharynx. Dans quelles condi- tions sont-elles suivies facilement d'inflammations de l'oreille ou d'autres parties voisines? par M. Bresgen	377
Ostéome du sinus frontal (Un cas d'), par P. Poppert	82
Ozène ou rhinite atrophique fétide (Traitement de l'), par Turban	85
Ozène (Des phases de l'), par L. Couëtoux	419
Ozène (Traitement par l'électrochimie de l'), par A. Jouslain ...	447
Ozène (Bactériologie de l'), par O. Laurent	905
Ozène (Études cliniques sur l'), par V. Morra	1094
Ozène (Recherches bactériologiques sur l'), par G. Strazza	1097
Ozène nasal (La saccharine dans l'), par F. Felici	1102

TABLE DES MATIÈRES.

1177

Pages

Ozène : traitement par les pulvérisations concentrées de nitrate d'argent et de chlorure de zinc, par E. J. Moure.....	1125
Polype naso-pharyngien. Trachéotomie préventive. Tamponnement du pharynx. Extirpation par la voie palatine. Guérison, par L. Picqué.....	507
Polypes vasculaires de la cloison nasale, par Schadowald.....	718
Polype fibreux naso-pharyngien, par Boval.....	882
Polypes naso-pharyngiens (Sur le lieu d'implantation des), par G. Poli.....	922
Ponction exploratrice et lavage explorateur de l'antré d'Highmore (Expériences relatives à la), par O. Chiari.....	450
Rhinite fibrineuse, par J. Scheinmann.....	79
Rhinite hypertrophique traitée par l'électrolyse, par W. Scheppegrell.....	
Rhinolithe double dans la fosse nasale gauche, par V. Cozzolino.....	736
Rhinolithe (Présentation d'un), par Boval.....	883
Rhinosclérome (Du), par A. Castex.....	459
Rhume nerveux (Un cas de), par G. Hornung.....	380
Sarcomes de la cloison des fosses nasales (Contribution à la statistique des), par A. d'Aguanno.....	814
Sarcomes des fosses nasales (Quelques cas de), par M. Natier..	898
Scie circulaire pour quelques opérations chirurgicales du nez et laryngoscopie électrique, par V. Nicolai.....	1091
Scrofulides du nez, symptomatiques d'une syphilis occulte (Le traitement mercuriel dans quelques), par A. Fasano.....	1093
Sinus frontal et de son ouverture (Des dispositions anatomiques du), par A. Hartmann.....	376
Sinus sphénoïdaux (Des affections aiguës et chroniques des), par M. Schaeffer.....	730
Sinusite maxillaire consécutive au tamponnement total d'une fosse nasale pour une épistaxis (Observation de), par Gellé..	648
Spéculum nasal nouveau, par E. J. Moure.....	266
Staphylococcose de la face, de l'impétigo de la face et de diverses autres affections à staphylocoques (Quelques considérations sur la), par P. Tissier.....	1125
Sténoses nasales (Nouvelle méthode de traitement de certaines), par C. Astier.....	259
Sténose nasale (Traitement de la), par Bouffé.....	639
Suppuration du sinus maxillaire (Mes expériences sur la), par G. Killian.....	82
Suppurations nasales, avec considérations particulières sur les affections des sinus ethmoïdaux et sphénoïdaux (Leçons sur les), par L. Grünwald.....	233
Suppurations rebelles du sinus maxillaire (Traitement des), par A. Cartaz.....	260
Suppuration du sinus maxillaire (De la), par A. Cartaz.....	615
Suppurations du sinus frontal (Traitement des), par L. Lacourret.....	619
Suppuration des cellules ethmoïdales (Ablation de la partie antérieure du cornet moyen pour découvrir une), par P. Heymann.....	717
Syphilis acquise chez l'adulte (Des lésions secondaires des fosses nasales dans la), par Tissier.....	97
Syphilis et en particulier syphilis grave des fosses nasales. Nouveau mode de traitement par l'administration combinée des iodures de potassium, de sodium et d'ammonium. Avantages de ce procédé et explication de son succès, par Darzens.....	265

	Pages.
Syphilis héréditaire tardive du naso-pharynx, par Klinedinst....	538
Syphilis tertiaire naso-pharyngo-palatine et lésions blennor- ragiques du nez, par V. Cozzolino.....	924
Traumatismes du nez (Procédé pour corriger les difformités ré- sultant des), par W. Johnson.....	374
Tuberculose nasale, par J. Dionisio.....	
Tumeur carcinomateuse de l'arrière-cavité des fosses nasales. Envahissement du sphénoïde. Paralyse de tous les nerfs crani- ens du côté gauche, sauf l'olfactif et l'optique. Mort par méningite, par B. Lyonnet et C. Regaud.....	197
Tumeur de la fosse nasale droite associée à une tuméfaction de la voûte palatine, par Herzberg.....	253
Tumeurs adénoïdes. Deux récidives successives dans un cas et une seule récidive dans un autre, par H. Lavrand.....	264
Tumeur endonasale (Extirpation totale par la choane d'une grosse), par C. Laker.....	279
Tumeurs malignes de la cloison des fosses nasales (Des), par A. Gouguenheim et L. Hélayr.....	295
Tumeurs bénignes de l'antre d'Highmore (Des), par P. Heymann	379
Tumeurs de la cloison nasale, par A. Michel-Dansac.....	469
Tumeurs malignes de la voûte naso-pharyngée (Les), par G. Ferreri.....	923
Tumeur kystique de l'éthmoïde (Une grosse), par G. Strazza...	928
Tumeurs de la cloison nasale (Contribution à l'étude des), par J. Garel et J. Collet.....	1049
Tumeurs naso-pharyngiennes (Traitement des grosses), par F. Massei.....	1119
Tumeurs adénoïdes et accès de stridulisme, par Duplaix.....	1146
Végétations adénoïdes du pharynx nasal (A propos de l'opéra- tion des), par L. Rousseaux.....	262
Végétations adénoïdes chez l'enfant, par Halsted.....	376
Végétations adénoïdes (Des troubles respiratoires survenant chez les enfants trachéotomisés porteurs de), par A. Martha.....	450
Végétations adénoïdes, par A. Michel-Dansac.....	564 et 966
Végétations adénoïdes. Maladie et mort de François II, roi de France, par Potiquet.....	1119
Végétations adénoïdes du naso-pharynx (Traitement des), par De Roaldès.....	1116

Pharynx et varia.

Abcès rétro-pharyngiens (Contribution au traitement des), par E. Sacchi.....	935
Abcès rétro-pharyngiens chez l'enfant (Traitement des), par G. Phocas.....	1140
Accumulateur transportable pour la galvanocautique et l'éclair- age (Démonstration d'un petit), par Trautmann.....	186
Accumulateurs et présentation du dispositif (Note sur les), par Darzens.....	637
Accumulateurs en médecine (De la meilleure manière de charger les), par L. Lichtwitz.....	1087
Actinomycose de la bouche et du pharynx, par Maiocchi.....	1098
Amygdale (Sur une affection peu connue des cryptes de l'), par C. Hicquet.....	261

TABLE DES MATIÈRES.

1179

Pages.

Amygdales (Inconvénients de l'ablation et rôle des), par H. Geschwind.....	1137
Amygdale gauche (Affection primitive de l'), par A. Rosenberg.....	1104
Amygdalite aiguë (Traitement médical de la pharyngite et de l'), par J. E. Newcomb.....	938
Amygdalites (Diverses formes, terminaison et traitement des), par V. Grazi.....	939
Amydalite aiguë (Contagiosité et traitement de l'), par C. Eloy.....	1136
Amygdalotomie (Nouveau moyen d'arrêter l'hémorragie après l'), par Dawbarn.....	539
Amygdalotomie comme traitement préventif de la diphtérie, par Laury.....	1137
Analgésique local nouveau : la phénylcoïne, par P. Poinso.....	424
Angine périodique, à propos d'un cas de febricola (Sur l'), par L. Piazza.....	54
Angine infectieuse, par Ferras.....	263
Angine et stomatite à streptocoques avec pupura. Artropathie et endocardite légère (Observation d'), par A. Raoult.....	453
Angine de Ludwig, par Delorme et Magitot.....	453
Angine dite ulcéreuse bénigne (Un cas d'), par J. Sendziak.....	1026
Angine phlegmoneuse ou péri-amygdale, par C. Hicquet.....	1029
Angine diphtéritique simple et scarlatineuse, par J. Fiaccarini.....	
Angine prodromique de la pneumonie, par H. Coursier et P. Tissier.....	1131
Angine de la fièvre typhoïde (2 cas d'), par L. Rénon.....	1131
Angines pseudo-membraneuses à streptocoques, forme bénigne (Note sur les), par H. Barbier.....	1131
Angine scarlatineuse (Importance de l'), par Burlureaux.....	1133
Angine diphtéritique. Examen bactériologique (Traitement par le phénol sulfuriciné de l'), par A. Josias.....	1133
Antrophores dans le traitement des fistules du cou, par H. Gusenberger.....	877
Appareil destiné à remplacer la pile du galvano-cautère (Un nouvel), par E. Deschamps.....	608
Atrésie syphilitique du larynx (3 cas d'), par P. Heymann.....	608
Bacille de Lœffler dans le pharynx (Sur la persistance du), par Tobiesen.....	382
Bave chez l'enfant et chez l'adulte, par L. Couëtoux.....	1055
Bromure d'éthyle (Narcose par le), par Lubet-Barbon, V. Haederup et Edm. Meyer.....	261, 382 et 653
Bromure d'éthyle (Action du), par E. Q. Thornton et E. Meixell.....	382
Calcul de l'amygdale par Lecoq.....	909
Cancer de la lèvre, par Katzenstein.....	87
Cancer de la glande thyroïde, par Katzenstein.....	250
Cancer de l'amygdale traité par l'acide lactique, par E. F. Ingals.....	539
Cancer du corps thyroïde secondaire à un goitre par F. Chabory.....	628
Cocainisme, par Normon.....	383
Combinaisons chimiques nouvelles, par P. Heymann.....	652
Corps étranger de l'œsophage, par J. Boewer et P. Koch.....	711
Crétinisme expérimental sous ses deux formes typiques. Fonction thyroïdienne, par Moussu.....	454
Diphtérie (Sur la production continue des vapeurs médicamenteuses dans le traitement de la), par L. Polo.....	258
Diphtérie, par M. Bresgen.....	381
Diphtérie traitée par le chlorure de zinc, par Florain.....	456
Diphtérie (Contribution à l'étude de la toxine du bacille de la), par E. Guinochet.....	457
Diphtérie en Belgique, par Godart et Kirschner.....	1030

Diphthérie à l'hôpital des Enfants-Malades (Examen clinique et bactériologique de 100 enfants entrés au pavillon de la), par L. Martin.....	1134
Diphthérie traitée par la glucose, par G. Ferré.....	1135
Epingle dans la gorge (La sensation d'), par Dunn.....	381
Epithélioma de la luette et de l'arc palatin gauche, par F. Schiffrers.....	903
Epithélioma primitif de l'amygdale gauche, par S. Marano.....	1091
Goitre (Théorie infectieuse du), par Jaboulay et A. Rivière.....	454
Goitre (Phénomènes laryngés et trachéaux dans le), par L. Ajello.....	1890
Goitre exophtalmique chirurgical, par E. Leflaive.....	1142
Hémorragie du pharynx (Un cas d'), par M. Natier.....	626
Hémorragies pharyngiennes, par L. Jumeon.....	
Hémoptysies et hémorragies de l'amygdale linguale, par Joal.....	625
Hypertrophie des amygdales (Traitement de l'), par E. J. Moure.....	245
Hypertrophie des amygdales palatines et pharyngiennes, par P. Hélot.....	247
Hypertrophie de l'amygdale linguale (Toux opiniâtre due à l'), par T. Goureaux.....	452
Hypertrophie de l'amygdale linguale comme cause d'attaques d'asthme, par J. Roquer Casadesus.....	940
Hypertrophie de la quatrième amygdale (De quelques symptômes dus à l'), par C. Chauveau.....	
Hystérie (Une variété nouvelle d'), par F. Schiffrers.....	457
Kystes dermoïdes du plancher de la bouche, par C. Goris.....	881
Lombrie; sa migration vers les muscles profonds de la nuque, passant à travers la colonne vertébrale par un abcès scrofuleux ouvert dans le pharynx, par Brigidi.....	941
Lymphangiome caverneux de la cavité buccale et du voile du palais, par Labit.....	638
Lymphome des amygdales, par E. Creswell Baber.....	742
Massage dans quelques maladies de la gorge, par C. Poli.....	937
Mycose amygdalienne (Pharyngo-mycose leptothryxique), par A. Ruault.....	160
Mycose bénigne du pharynx (Recherches microscopiques et bactériologiques sur la), par P. Raugé.....	637
Mycosis bénin de l'arrière-gorge, par J. Garel.....	621
Myxœdème opératoire (Malade atteint de), par M. Natier.....	623
Nécrose syphilitique des maxillaires supérieurs, par A. Combe.....	639
Orifice pharyngien de la trompe d'Eustache (Fermeture et ouverture de l'), par Beckmann.....	185
Papillomes de la luette (2 cas de), par V. Grazi.....	1089
Papillomes de la pointe de la langue, par P. Heymann.....	1103
Papillomes du voile du palais, par W. Lublinski.....	
Paralysies du voile du palais dans l'influenza, par S. Marano.....	1091
Periphigues des muqueuses (Diagnostic de quelques formes de), par Killian.....	1027
Pemphigus buccal et pharyngé, par V. Garzia.....	
Pharyngite aiguë infectieuse, phlegmoneuse, par M. Schaeffer.....	1025
Pharyngo myosite aigüe rhumatismale, par Mercantino.....	938
Phlegmons septiques sus-hyoïdiens (angine de Ludwig), phlegmon du médiastin et trépanation du sternum, par C. Nélaton.....	1138
Phlegmons infectieux sous-linguaux, par Ed. Schwartz.....	1139
Piliers antérieurs du voile du palais (Malformation congénitale des), par M. Toeplitz.....	743
Piliers postérieurs adhérents au pharynx. Libération. Appareil prothétique Guérison, par Albertin.....	1143

TABLE DES MATIÈRES.

1181

Pages.

Plaie pénétrante du cou par tentative de suicide, par F. Müller, A. Cary et P. Koch.....	605
Plaques muqueuses fraîches de la base de la langue, par P. Heymann.....	717
Polype du pharynx recouvert de poils, par L. Conitzer.....	742
Purpura d'origine amygdalienne, par J. Joal.....	257
Rétrécissement cancéreux de l'œsophage, par Gouget.....	457
Rétrécissement de l'œsophage (Un nouveau signe de), par L. Vanni.....	940
Sarcome de l'amygdale : difficulté de diagnostic histologique, par H. Luc.....	267
Sarcome de l'amygdale (Note sur un cas de), par M. Lermoyez	285
Sarcomes multiples de la peau et lympho-sarcome de l'amygdale (Un cas non ordinaire de), par J. Sendziak.....	1027
Stomatite et pharyngite aphteuse consécutive à l'emploi de la quinine, par Landgraf.....	653
Stomatite mercurielle (Pathogénie de la), par M. Lermoyez....	1140
Streptocoque de la bouche (Note sur un caractère différentiel d'un), par F. Marot.....	1143
Syphilis de l'arrière-gorge (Sur la valeur de la dysphagie dans le diagnostic de la), par J. Garel.....	1128
Syphilôme initial de l'amygdale, par P. Colombini.....	939
Thyroïdectomie (Effets de la), par E. Gley.....	455
Tropacocaine (La).....	1144
Tumeur maligne du maxillaire supérieur, par Herzberg.....	253
Tumeurs malignes des amygdales avec dix observations nouvelles, par D. Newman.....	742
Tumeurs de la base de la langue (Les), par A. Rosenberg.....	743
Tumeurs rares de la cavité buccale (Deux), par Demme.....	1028
Ulcération profonde de la base de la langue, par A. Rosenberg.	104
Ulcère gommeux de la langue, par Kronenberg.....	253
Urano-staphyloporrhaphie chez les enfants du premier âge, par X. Delore.....	455
Vasogènes Kléver ou oxyvaselines; leur application au traitement des maladies des voies respiratoires, par L. Bayer....	888
Voile du palais (Soudure complète du pharynx et du), par A. Cartaz.....	61
Voile du palais (Adhérence totale du), par L. Couëtoux.....	856
Voile du palais (Un cas d'anomalie congénitale du), par Brockaert.....	895
Voûte palatine (Brièveté congénitale de la), par A. Castex....	415

Indications bibliographiques.

Oreille. Pages 88, 458 et 941.
Larynx et Trachée. Pages 90, 541 et 1030.
Néz. Pages 187, 745 et 1147.
Pharynx et varia. Pages 383 et 836.